

父母への説明：この用紙を記入し、担当教師に返却してください。教師は、用紙がOutdoor Education Centerに着き次第、保健婦に送ります。

生徒氏名 Name \_\_\_\_\_ 男 M  女 F   
住所 Address \_\_\_\_\_ 生年月日 DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
学校名 School \_\_\_\_\_

該当するもの全てにチェックしてください：

- 私の子供は、薬投与が必要です。（父母は、MCPC Form 525-13: *Authorization to Administer Prescribed Medication*によって承認されたラベルを貼った容器に入れて、薬を提供しなければなりません。）MCPS Policy JPC: *Administration of Medication to Pupils*に従っていない医薬品は、投与されません。
- 私の子供は、以下の店頭販売薬が必要です。 \_\_\_\_\_  
私は、MCPS Form 525-13をすでに提出済みです。（Outdoor Education Programに限って、店頭販売薬に対して、医師の署名は必要ありません。）
- 私の子供は、虫刺されに対してアレルギー体質で、薬投与が必要です。（Adrenalinが必要な場合は、MCPS Form 525-14: *Emergency Care for Management of Anaphalaxis*を添付してください。）
- 私の子供は、 \_\_\_\_\_ の食品に対して、anaphalactic反応をおこします。  
Adrenalinが必要な場合は、MCPS Form 525-14を添付してください。
- 私の子供は、 \_\_\_\_\_ に対してアレルギー体質です。
- 私の子供は、添付の献立表に記載したように、特別な食事制限があります。（特別食の種類によっては、父母が食品を提供しなければならない場合があります。）
- 私の子供は、学校スタッフが認識しておかなければならない特別な健康状態があります： \_\_\_\_\_

破傷風(Tetanus)の予防注射をした最新年月日 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

下記の医薬品は、Outdoor Education Centerに常備され、看護婦/専門スタッフが必要と判断した場合は、生徒に投与する場合があります。もしどちらか投薬させたくない場合は、チェックしてください。

- アスピリン代用薬(Acetaminophen) 必要なし  抗ヒスタミン剤(Benadryl) 必要なし

その他情報

家庭医氏名 (D's name) \_\_\_\_\_  
家庭医電話番号 (D's tel.) \_\_\_\_\_  
母電話番号 (home tel.) \_\_\_\_\_  
母親職場電話番号 \_\_\_\_\_  
父親職場電話番号 \_\_\_\_\_  
緊急時連絡者名 \_\_\_\_\_  
緊急時電話番号 \_\_\_\_\_

保険情報

医療保険会社名 \_\_\_\_\_  
グループ名 \_\_\_\_\_  
保険ナンバー \_\_\_\_\_  
家族がHMO/PPAに加入している場合：  
グループ名 \_\_\_\_\_  
事務所 \_\_\_\_\_ I.D. \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

あなたの子供が、高校生のアシスタントをしている場合は、その学校名を記入してください。 \_\_\_\_\_

私は、私の子供が添付書類に記載されたOutdoor Education Programに参加することに同意いたします。緊急時において連絡が取れない場合は、Outdoor Education Centerのスタッフが、私の子供に対して適切な手当てを行うことに同意いたします。

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
父母/保護者 署名 日付