

## 医師との連絡に対する許可

### Authorisation to contact doctor

本用紙の記入は保護者が英語で行なって下さい。

生徒氏名 \_\_\_\_\_  
Name of student

生徒が入学手続を行なった学校もしくは入学希望の学校  
\_\_\_\_\_  
Name of school

私は以下の点につき通知を受けました:

1. 学校が個人用ヘルスケアプランを作成し実施できるように、場合によっては学校はかかりつけの医師と私の子供の健康状態について話し合う必要がある。
2. 学校の求める情報には、就学時間中および学校主催の活動実施中に私の子供をサポートする学校に影響を及ぼしうるような、私の子供のアレルギー、アナフィラキシーのリスク、学習障害を含むその他の健康状態に関する情報が含まれる。

私は医師から学校に提供される情報は、個人用ヘルスケアプランの作成または実施の目的で学校職員により利用もしくは開示される可能性があることを知らされました。

私は下記の医療専門家が、就学時間中および学校主催の活動実施中に私の子供をサポートする学校に影響を及ぼしうるような、私の子供のアレルギー、アナフィラキシーのリスク、学習障害を含むその他の健康状態に関する情報を教育・地域社会省/学校に提供することに同意します。

#### 医師の情報 (Doctor's information) :

医師の氏名: \_\_\_\_\_  
Name of doctor

医師の住所: \_\_\_\_\_  
Address of doctor

医師の電話番号: \_\_\_\_\_  
Doctor's phone number

医師の携帯電話(知っている場合): \_\_\_\_\_  
Doctor's mobile

医師のEメール(知っている場合): \_\_\_\_\_  
Doctor's email

医師のファックス(知っている場合): \_\_\_\_\_  
Doctor's fax

保護者の署名 \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carers

保護者氏名(活字体で記入) \_\_\_\_\_  
Name of parent/carers