

クィーンズランド日本語補習授業校

Student Information Form

(1) Emergency Contact (please supply two contacts other than yourself) 緊急連絡先(保護者以外に二名)

	Name 氏名	Relationship to Student 生徒との関係	Phone No. 電話番号
1			
2			

(2) School Publications 学校からの出版物等について

I do/do not give permission for photos and news items of our family members listed below (including parents) to be used in school publications and media which may also be on the internet.  
私は学校の出版物(メディアとしてインターネットを含む)に私達の家族の写真や情報を掲載されることを許可する・許可しない

Signature \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

(3) Student Medical Information 生徒の健康状況

	Disease 病名	Yes/No	病気の有・無
1	Allergy; Bees, Wasps, etc アレルギー: 蜜蜂、スズメ蜂、その他	Yes/No	有・無
2	Allergy; Medication アレルギー: 薬物	Yes/No	有・無
3	Asthma ぜんそく	Yes/No	有・無
4	Hay Fever 花粉症	Yes/No	有・無
5	Epilepsy てんかん	Yes/No	有・無
6	Fainting めまい、卒倒	Yes/No	有・無
7	Migraine or Headache 偏頭痛、頭痛	Yes/No	有・無
8	Frequent Nosebleeds 鼻血	Yes/No	有・無
9	Child carries medication 薬を所持していますか	Yes/No	有・無
10	Supervision required (medical) 薬を飲む指導・指示が必要ですか	Yes/No	有・無
11	Diabetes 糖尿病	Yes/No	有・無
12	Sight disability 視覚障害	Yes/No	有・無
13	Hearing disability 聴覚障害	Yes/No	有・無
14	Other: その他特記事項があればご記入下さい		

Medicare No.: メディケアナンバー		Phone No.: 電話番号	
Family Doctor: かかりつけの医者			

	Immunizations 予防接種各種	Yes/No	接種の有・無
1	DTP (Diphtheria/Whooping/Cough) 子供用(三種混合)ジフテリア・破傷風・百日せき	Yes/No	有・無
2	MMR (Measles/Mumps/Rubella) はしか・おたふく風邪・風疹	Yes/No	有・無
3	ADT (Adult Tetanus/Diphtheria) 大人用(二種混合)ジフテリア・破傷風	Yes/No	有・無
4	Hepatitis B B型肝炎	Yes/No	有・無

**【万が一事故や怪我があった場合】**

If the school is unable to contact the parent/guardians or emergency contacts to collect the student for treatment, the school will take the child to the nearest available doctor, the cost of which will be the responsibility of the parent.  
学校が生徒の治療のために保護者、緊急連絡先へ連絡をして不通だった際、学校は生徒を最寄りの病院に連れて行き治療を受けさせます。かかった費用に関しては保護者の責任となります。

If an emergency, an Ambulance may be called and the child will be taken to an accident and emergency department.  
Please Circle your preferred Hospital Choice:  
緊急時には、救急車を呼び生徒を救急病院につれていきます。ご希望の病院があれば選択して丸をつけて下さい。

Public: Gold Coast Hospital 公立病院: ゴールドコースト	Private: The Wesley Hospital 私立病院: ウェズリー
Private: Pindara 私立病院: ピンダラ	Private: Andrew's War Memorial Hospital 私立病院: アンドリュー
Private: Allamanda 私立病院: アラマンダ	

Private Health Cover? プライベートの保険はカバーされますか? Yes/No 有・無  
If Yes, please provide details: もし、加入されている場合は詳細をお書き下さい。

Ambulance Membership? 救急車のメンバーシップをお持ちですか? Yes/No 有・無  
If Yes, please your membership number: もし、加入されている場合は会員No.をお書き下さい。

The information contained is provided on the basis that it will be protected in accordance with the Privacy laws of Australia.  
I understand that medical information must be given to teachers with responsibility for my child's welfare and safety.  
情報はオーストラリアのプライバシー法に基づいて守られます。  
私は、講師に子供達の安全と厚生のための責任としてメディカルインフォメーションを提供することを理解します。

Signatures

Date

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

/ / 200  
\_\_\_\_\_  
/ / 200  
\_\_\_\_\_