Medical Information

Do you have allergies?（アレルギー）	Yes (　　)　No (　　)
Description（説明）	
Medications（服用中の薬）	
Have you ever had an eating disorder? （摂食障害になったことがありますか）	Yes (　　)　No (　　)
If yes, are you currently under treatment? （はいの方は現在治療を受けていますか）	Yes (　　)　No (　　)
Have you ever been treated for depression or other mental illness ? （うつ病や他の心の病で治療を受けたことがありますか）	Yes (　　)　No (　　)
If yes, are you currently under treatment? （はいの方は現在治療を受けていますか）	Yes (　　)　No (　　)
List any other existing medical conditions（健康上何か他に問題がある場合はお書きください）	

Release for Medical Treatment　（医療処置同意書）

I hereby give permission for （子供の名前英語で）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ to receive emergency medical treatment at a local medical center or at any hospital or doctor American Home Life International, Inc. deems appropriate. This emergency medical treatment may include surgery, if deemed necessary by the attending physician. I understand that American Home Life International, Inc. is not liable for this medical treatment or the expenses incurred for this care.

（緊急時には手術も含め、AHLI が適切と判断した医療機関で、子供に医療処置を行うことに同意します。施された医療処置や費用に関しては AHLI に責任はないことを理解します。）

Please Check one (印をつけてください) :

☐　I give permission for my child to receive medication as deemed necessary.
（必要に応じて処置を施すことを許可します。）

☐　I do not give permission for medication to be given to my child.
(医療処置を施すことを許可しません。)

Parent or Guardian Signature（保証人サイン）

Father	＿＿＿＿＿＿＿＿	Date	
Mother	＿＿＿＿＿＿＿＿	Date	