Medical Information

Do you have allergies?（アレルギー）		Yes (○) No ( )
Description（説明）	Cat allergy: I feel itchy around my eyes and nose, and sometimes can't stop coughing.	
Medications（服用中の薬）	None	
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）

No

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

I hereby give permission for （子供の名前英語で） Megumi Hijiribashi 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	Satoshi Hijiribashi	Date	15/4/2015
Mother	Chieko Hijiribashi	Date	15/4/2015