



保護者の皆様へのフォーム記入のお願い –  
生徒の健康管理を目的とした学校のサポートを要請

Letter to parents requesting completion of *Request for support at school of a student's health condition*

保護者各位

このたびは、お子様の健康状態に関する情報をご提供いただき、誠にありがとうございます。当校は、お子様が健康な学校生活を送る上で、学校側のサポートを必要とされる可能性があることを理解しております。学校は教育活動ばかりでなく、お子様の健康と安全を守るため、保護者の皆様と協力してその支援に努めたいと存じております。

つきましては、添付されたサポート要請フォーム (*Request for support at school of a student's health condition*) に英語でご記入の上、学校長宛にお送りいただきますようお願い申し上げます。ご記入は、かかりつけの医師によって提供された情報に基づき行ってください。(ご不明の箇所については、かかりつけの医師とご相談いただくようお願いいたします) フォーム内には、処方薬の投与その他のサポートをご要請いただける項目も含まれています。

学校長はフォームの受理後、関係職員と検討の上、再び保護者の方々にご連絡いたします。

フォームのご提出後にお子様の健康状態に関して何か変化が生じた場合、あるいはフォーム内に記入されていないことでも学校側でお手伝いできることがあれば、いつでも学校長までお知らせください。

学校へのご連絡の際に通訳をご必要とされる方は、電話通訳サービス (TEL: 131 450) をご利用ください。当サービスは無料でご利用いただけます。

敬具

学校長名 \_\_\_\_\_  
Name of Principal

学校長署名 \_\_\_\_\_  
Signature of Principal

日付 \_\_\_\_\_  
Date



一般的な情報 (General information)

お子様の氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
Name of child Date of birth

本校に在学  はい (Yes)  いいえ (No) (在学中であれば) クラス名 \_\_\_\_\_  
Class if enrolled

本校に在学中でない場合は、現在通学中の学校名 \_\_\_\_\_  
Current school if not enrolled

保護者の連絡先 (Parent/carer contact information)

保護者 1 (Parent or carer 1)

氏名 \_\_\_\_\_  
Parent name

お子様との続柄(例: 母親) \_\_\_\_\_  
Relationship to child

住所 \_\_\_\_\_  
Address

自宅の電話番号 \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号 \_\_\_\_\_  
Home phone Work phone

携帯電話 \_\_\_\_\_  
Mobile phone

保護者 2 (Parent or carer 2)

氏名 \_\_\_\_\_  
Parent name

お子様との続柄(例: 母親) \_\_\_\_\_  
Relationship to child

住所 \_\_\_\_\_  
Address

自宅の電話番号 \_\_\_\_\_ 勤務先電話番号 \_\_\_\_\_  
Home phone Work phone

携帯電話 \_\_\_\_\_  
Mobile phone

かかりつけ医師の連絡先 (Medical practitioner contact)

医師名 \_\_\_\_\_  
Name of medical practitioner

住所 \_\_\_\_\_  
Address of medical practitioner

電話番号 \_\_\_\_\_  
Phone

健康状態/病状 (Health/medical condition) (具体的にご記入ください)

---

---

---

上記の健康状態/病状により、緊急の事態が生じる可能性がありますか?  はい (Yes)  いいえ (No)  
Could this condition result in an emergency situation occurring?

## 生徒への処方薬投与を要請

### Request to administer prescribed medication to the student

(注: お子様が必要以上の処方薬を服用される必要がある場合は、各医薬品毎にフォームを添付してください)

処方薬の名称 \_\_\_\_\_  
Name of prescribed medication

処方薬で治療している病状 \_\_\_\_\_  
Name of medical condition the prescription is treating

規定された服用量 \_\_\_\_\_  
Prescribed dosage

学校に対するご要望を具体的に記入ください \_\_\_\_\_  
What the school is being requested to do

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

特別な保管方法を必要としますか(例: 処方薬は冷蔵庫に保管すること) \_\_\_\_\_  
Special storage requirements if any

処方薬を投与する際の特別な指示はありますか(例: 食物または水と共に服薬すること)  
\_\_\_\_\_  
Special instructions for administering the medication

医師からの情報またはご自身の知識内で、上記医薬品の副作用について何かご存じですか?

(Any side effects?)  はい (Yes)  いいえ (No)

「はい」とお答えの場合は、詳細をご記入ください \_\_\_\_\_  
Information on side effects of medication, if any

お子様がご自宅で薬を自己投与されている場合、学校でも同じくお子様が自己投与されることをご希望になりますか?  
(Do you request that your child self administers?)

はい (Yes)  いいえ (No) (注: お子様の自己投与には、学校長による承認が必要となります)  
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

お子様がご自宅で薬を自己投与されている場合、保護者の方々による助けを必要とされていますか?  
(必要な場合は詳細をご記入ください)

\_\_\_\_\_  
Description of parental support of child's self administration, if any

学校に医薬品を持参する者の氏名 \_\_\_\_\_  
Name of person who will carry the medication to school

上記以外にも学校によるサポートをご希望であれば、以下にご記入ください (Request for other support)

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

保護者署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_  
Parent or carer signature Date

#### プライバシーに関するお知らせ (Privacy Notice)

本用紙にご記入をお願いした情報は、学校がお子様の健康管理をサポートする上で必要不可欠な資料となります。これらの情報は、ニュー・サウス・ウェールズ州教育訓練省が保護者の方々にご協力いただき、お子様の健康管理を学校内でサポートすることを目的に使用されます。当情報のご提供は任意ですが、すべてのあるいは一部の情報をご提供いただかなかった場合、学校はお子様の健康管理を十分にサポートできない場合があります。ご提供いただいた情報は、学校によって安全に保管されます。またこれらの個人情報、学校長にご連絡いただければ、いつでも修正を行うことが可能です。