

## ネブラスカ大学カーニー校 未成年の留学生に対する医療行為についての同意書

ネブラスカ州では、19歳未満の学生を診察または治療する前に、保護者から同意を得ることが義務付けられています。ネブラスカ大学カーニー校は、この同意書に基づき、未成年の学生に下記の医療を提供することができます。

- 病気とけがの診察と治療
- 応急処置または緊急治療
- カウンセラーまたは医療提供者による問題行動医療サービス

これは、けがの予防と治療、応急処置、診察、経過観察、処方と投薬の管理、カウンセリングや問題行動医療サービス、紹介状（必要な場合）を含みますが、これらに限定されるものではありません。

この同意書は、この同意書に署名した未成年または被保護者が19歳になった時点で自動的に失効することに留意してください。未成年または被保護者が19歳になると、本校がその学生の医療情報を保護者に開示するためには、学生本人による許可が必要になることに注意してください。

保護者と学生の両者は、この文書を熟読して理解したことを以下に署名することにより確認します。さらに、保護者は、ネブラスカ大学カーニー校の学生保健室とカウンセリングセンターが診断して適切であると判断した必要な治療を提供することをここに許可します。この文書に署名してから、スキャンした文書を [unkhealth@unk.edu](mailto:unkhealth@unk.edu) 宛てに電子メールで送信してください。

学生の氏名（活字体）： \_\_\_\_\_

学生の生年月日： \_\_\_\_\_

学生の署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

親または後見人の氏名（活字体）： \_\_\_\_\_

親または後見人の署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

質問がある場合には、電子メール（[unkhealth@unk.edu](mailto:unkhealth@unk.edu)）または電話（308-865-8218）でお問い合わせください。

# UNK<sup>®</sup> STUDENT HEALTH & COUNSELING

## University of Nebraska - Kearney Consent for Medical Treatment of a Minor International Student

In Nebraska, it is mandatory to obtain parental consent before administering medical examination or treatment to any student under the age of 19. This document grants authorization to UNK for providing medical services to your minor student, which includes:

- Assessment and treatment of illnesses and injuries
- Urgent/Emergency Care
- Behavioral health services with a counselor and/or medical provider

This includes, but is not limited to, injury prevention and treatment, immediate first aid, physical examinations, follow-up examinations, prescription and medication management, counseling or any other medical or behavioral health-related services and referrals deemed necessary.

Please be aware that this consent will automatically expire when your minor student/ward turns 19 years old. It's important to note that after your child/ward reaches 19 years of age, we will require their authorization before sharing any medical information with you.

By signing below, both you and your student acknowledge that you have thoroughly read and comprehended the document. Furthermore, you are granting permission to UNK Student Health and Counseling to evaluate and provide necessary treatment as deemed appropriate. Please send a copy of this signed document through email after scanning at [unkhealth@unk.edu](mailto:unkhealth@unk.edu).

Student Name (printed): \_\_\_\_\_

Student Date of Birth: \_\_\_\_\_

Student Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name (printed): \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please feel free to email or call with any questions. [unkhealth@unk.edu](mailto:unkhealth@unk.edu) or 308-865-8218.