

YMCA of Honolulu

Health Clearance for Tuberculosis

Please provide verification that your child has been cleared of Tuberculosis by a licensed physician. This form is provided to assist you in meeting the YMCA's health clearance requirement.

Child's Information

1. Name _____
First Last

2. Date of Birth _____
Month/Day/Year

3. Parent/Guardian's Name _____

4. Home Address _____
Street, City, State, ZIP, Country

5. Home Phone (____) _____

6. E-mail _____

Local Contact Information

1. Local Address on Oahu _____
Street (w/apt or room #) City State ZIP

2. Local Phone (____) _____

3. Hotel name _____

Physician Section

To be completed by a licensed physician

I _____, verify that that _____
Physician's name (please print) Child's name (please print)

has been: (check all that applies) *one or both boxes must be checked for your child to be able to attend the YMCA*

1. cleared of Tuberculosis on _____ (mm/dd/yy);

2. administered the Tuberculosis vaccine on _____ (mm/dd/yy).

Physician's Signature _____ Date _____

Physician's Address _____

Telephone _____

Parent/Guardian Signature

The above information provided on this form is correct and true to the best of my knowledge.

Parent/Guardian's Signature _____ Date _____

Please submit this completed form with your YMCA program registration form.
Thank you.



YMCA of Honolulu

Health Clearance for Tuberculosis

下記フォームに必要事項を記入、掛かりつけのお医者様または医療機関に記入を依頼し、お子さまがツベルクリン検査をパスしていることの証明書としてご提出ください。尚、この証明書提出は、YMCAのプログラム参加申込に際し、必須の条件となります。
(表記はすべて英文でご記入ください。)

Child's Information

1. お子さまの氏名 _____ 2. 誕生日 _____
姓 名 月 / 日 / 年

3. 保護者/身元引受人の氏名 _____

4. 住所 _____

5. 電話番号 () _____ 6. メールアドレス _____

Local Contact Information

1. ハワイ滞在中の住所 _____
Street (w/apt or room #) City State ZIP

2. 電話番号 () _____ 3. ホテル/コンド名 _____

Physician Section

以下の項目は、医師または医療機関によりご記入ください

I _____ は、 _____
医師の氏名(楷書) 応募者の氏名(楷書)

について以下(下記項目にチェック有り)を証明します。 * 以下のいずれか、または両方のチェックがない場合は参加申込ができません。

1. ツベルクリン検査の結果、陰性 _____ 月 / 日 / 年

2. ワクチン(BCG)接種済み、または結核の所見無し _____ 月 / 日 / 年

医師の署名 _____ 月 / 日 / 年 _____

医院/医療機関 所在地 _____ 電話番号 _____

Parent/Guardian Signature

上記の内容に間違いがないことを証明します。

保護者/身元引受人の署名 _____ 月 / 日 / 年 _____

Please submit this completed form with your YMCA program registration form.
Thank you.

