

FICHA DE SALUD (健康カード)

* 名前はローマ字で、それ以外は日本語でもかまいません。

FECHA (記入日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
NOMBRE (名前) _____ SEXO (性別) (F女 ・ M男)
父方姓 (母方姓) 名前
FECHA DE NACIMIENTO (生年月日) 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 EDAD (年齢) _____
DOMICILIO (住所) _____ TEL. (自宅) _____
NOMBRE DEL PADRE (父親の名前) _____ TEL. (職場) _____ Cel (携帯) _____
NOMBRE DE LA MADRE (母親の名前) _____ TEL. (職場) _____ Cel (携帯) _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A : (緊急連絡先)

1. NOMBRE (名前) _____ PARENTESCO (本人との関係) _____ TEL. _____
2. NOMBRE (名前) _____ PARENTESCO (本人との関係) _____ TEL. _____
3. NOMBRE (名前) _____ PARENTESCO (本人との関係) _____ TEL. _____

DATOS DE HERMANOS QUE ESTUDIAN EN EI LICEO (本児童の本校在籍中の兄弟姉妹関係)

NOMBRE (名前) _____ DEPARTAMENTO (学部) _____ GRADO (学年) _____

DATOS MEDICOS (医療に関するデータ)

A) ALERGIAS (アレルギーはありますか) : SI (はい) NO (いいえ)

A QUE? (薬剤名、食物名、動物名、他) _____

SINTOMAS (症状) _____

※症状が出た場合の対処方法

B) ENFERMEDADES, OPERACIONES O ACCIDENTES IMPORTANTES (病気、手術、事故歴) :

C) TOMA ALGUN MEDICAMENTO ESPECIAL? (薬を常用していますか) : SI (はい) NO (いいえ)

CUAL? (薬名) _____ VECES 回/DIA 日

D) TIPO DE SANGRE (血液型) : _____ RH ()

E) FECHA DE LA ULTIMA INYECCION DE TETANOS (最後にした破傷風の注射の日付) :

F) NOMBRE DEL MEDICO FAMILIAR; NO. TELEFONICO; ESPECIALIDAD; (かかりつけ医師の氏名; 連絡先; 専門)

G) ESPECIFICAR EN CASO DE SER NESESARIO ALGUNA RECOMENDACION ESPECIAL

(特別知らせておきたいことはありますか) :

緊急事態において、ご家庭に連絡がつかなかった場合、治療に関することを学院に委任される方は、下の欄にサインをお願いします。

FIRMA DEL PADRE

(父親のサイン) _____

FIRMA DE LA MADRE

(母親のサイン) _____

* 正式な (パスポートの) サインをお願いします。

FICHA DE SALUD (健康カード)

記入見本

* 名前はローマ字で、それ以外は日本語でもかまいません。

FECHA (記入日) 2019年 4月 日

NOMBRE (名前) NIHON TARO SEXO (性別) (F女 M男)

父方姓 (母方姓) 名前

FECHA DE NACIMIENTO (生年月日) 西暦 2007年 6月 25日 EDAD (年齢) 8

DOMICILIO (住所) PATROCIO SANZ 779 COL. DEL VALLE TEL. (自宅) 0000-0000

NOMBRE DEL PADRE (父親の名前) 日本 一郎 TEL. (職場) 0000-0000 Cel. (携帯) 55-0000-0001

NOMBRE DE LA MADRE (母親の名前) 日本 花子 TEL. (職場) 0000-0000 Cel. (携帯) 55-0000-0002

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A : (緊急連絡先)

4. NOMBRE (名前) 日本 花子 PARENTESCO (本人との関係) 母 TEL. 55-0000-0002

5. NOMBRE (名前) 日本 一郎 PARENTESCO (本人との関係) 父 TEL. 55-0000-0001

6. NOMBRE (名前) 日本 太郎 PARENTESCO (本人との関係) 祖父 TEL. 55-0000-0003

DATOS DE HERMANOS QUE ESTUDIAN EN EI LICEO (本児童の本校在籍中の兄弟姉妹関係)

NOMBRE (名前) 日本 信長 DEPARTAMENTO (学部) 小学部 GRADO (学年) 2

日本 卑弥呼 幼稚部 パンダ組

DATOS MEDICOS (医療に関するデータ)

A) ALERGIAS (アレルギーはありますか) SI (はい) NO (いいえ)A QUE? (薬剤名、食物名、動物名、他) 乳製品・ナッツ類SINTOMAS (症状) 下痢・発疹・嘔吐

※症状が出た場合の対処方法

例 保護者へすぐに連絡 , 病院へ搬送 (〇〇病院 担当:)

B) ENFERMEDADES, OPERACIONES O ACCIDENTES IMPORTANTES (病気、手術、事故歴):

なしC) TOMA ALGUN MEDICAMENTO ESPECIAL? (薬を常用していますか): SI (はい) NO (いいえ)

CUAL? (薬名) _____ VECES 回/DIA 日

D) TIPO DE SANGRE (血液型): A RH (+)

E) FECHA DE LA ULTIMA INYECCION DE TETANOS (最後にした破傷風の注射の日付):

2012年 3月 3日

F) NOMBRE DEL MEDICO FAMILIAR; NO. TELEFONICO; ESPECIALIDAD; (かかりつけ医師の氏名; 連絡先; 専門)

Dr. TAKAHATA 55-0000-0004

G) ESPECIFICAR EN CASO DE SER NESESARIO ALGUNA RECOMENDACION ESPECIAL

(特別知らせておきたいことはありますか):

例: 喘息を持っています。激しい運動の後には症状が出る場合があります。呼吸器を持たせていますので使用させてください。

例: 頭痛があります。薬 () を持たせていますので飲ませてください。

緊急事態において、ご家庭に連絡がつかなかった場合、治療に関することを学院に委任される方は、下の欄にサインをお願いします。

FIRMA DEL PADRE

(父親のサイン) _____

FIRMA DE LA MADRE

(母親のサイン) _____

* 正式な (パスポートの) サインをお願いします。