

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

1. NOMBRE(名前) 日本 花子 PARENTESCO(本人との関係) 母 TEL. 55-0000-00022. NOMBRE(名前) 日本 一郎 PARENTESCO(本人との関係) 父 TEL. 55-0000-00013. 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ことがあります。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。