



Notfallkarte 緊急カード

Name und Vorname 氏名 _____

Geburtsdatum 生年月日 _____ Klasse 学年 _____

Adresse 住所 _____

Telefon Privat 電話-自宅 _____ Handy Mutter 携帯-母親 _____

Telefon Office 電話-職場 _____ Handy Vater 携帯-父親 _____

Hausarzt 主治医 _____

Bisherige Erkrankungen: (von Eltern auszufüllen)

今までかかった病気 (保護者が記入して下さい)

- 1. Asthma ぜんそく nein いいえ ja はい
2. Allergien アレルギー welche?具体的に nein いいえ ja はい
3. Diabetes 糖尿病 nein いいえ ja はい
4. Herzerkrankung 心臓病 nein いいえ ja はい
5. Behinderung 障害 nein いいえ ja はい
6. Epilepsie てんかん nein いいえ ja はい
7. Chronische Krankheiten 慢性の病気 nein いいえ ja はい
8. regelmäßige Medikamenteinnahme 常備薬の有無 nein いいえ ja はい
welche/s?種類 _____

Impfungen: (bitte Monat/Jahr der Impfung angeben)

予防接種 (接種を行った年月を記入して下さい)

Wundstarrkrampf (Tetanus)破傷風

Grundimmunisierung 第1期 1. _____ 2. _____ 3. _____

Auffrischimpfungen (T/DT/Td) 第2期 1. _____ 2. _____

oder Antikörper Titer und Datum 或いは抗体適定量と日付 _____

Blutgruppe (falls bekannt)血液型 (判明している場合)

Blutgruppe 血液型 _____ Rh-Faktor R h - 因子 _____

Abgabe von Schmerzmittel im Bedarfsfall 必要時の鎮痛剤の使用

Ich/Wir möchten, dass meinem/unserem Kind im Bedarfsfall

私(私達)は(私達)の子供が

- O ein Schmerzmittel verabreicht wird.必要時に鎮静剤を投与されることを希望する
O ein Schmerzmittel nur nach Rücksprache verabreicht wird.
相談の上鎮痛剤を投与されることを希望する
O kein Schmerzmittel verabreicht wird.鎮痛剤を投与されないことを希望する

Bei Änderung der oben stehenden Angaben werde ich die Deutsche Schule Tokyo Yokohama unverzüglich informieren.

上記記入後の変更がありました場合には速やかに東京横浜独逸学園にご報告致します。

Datum 記入年月日 _____

Unterschrift Eltern 保護者署名 _____