

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 (保護者が記入してください)

1. Asthma	ぜんそく	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
2. Allergien	アレルギー	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
	Welche? 具体的に _____		
3. Diabetes	糖尿病	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
4. Herzerkrankung	心臓病	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
5. Behinderung	障害	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
6. Epilepsie	てんかん	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
7. Chronische Krankheiten	慢性の病気	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> ja はい
8. regelmäßige Medikamenteneinnahme	常備薬の有無	<input type="checkbox"/> nein いいえ	<input type="checkbox"/> 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. _____

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

Oder Antikörper Titer und Datum 或いは抗体球適定量と日付 _____

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

Blutgruppe 血液型 _____ Rh-Faktor Rh—因子 _____

Abgabe von Schmerzmitteln 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

- Ein Schmerzmittel verabreicht wird. 必要時に鎮静剤を投与されることを希望する
- 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
- Kein Schmerzmittel verabreicht wird 鎮痛剤を投与されないことを希望する

Angaben zur Versicherung 健康保険

- Japanische gesetzliche Krankenversicherung 日本の健康保険 Betriebliche Versicherung 企業保険
 Keines von beiden 両方とも入っていない

Erste Hilfe-Maßnahme 救急処置

Bei meinem/ unserem Kind darf im Notfall Erste Hilfe und Reanimationstechniken von Angestellten der Deutschen Schule Tokyo Yokohama angewandt werden.

私達の子供の救急処置を東京横浜独逸学園の教職員にお願いします

ja はい nein いいえ

Bei Änderung der obenstehenden 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 der Eltern 保護者署名 _____