

Gesundheitskarte 保健調査票 2020/2021

Name und Vorname 氏名 _____
 Geburtsdatum 生年月日 _____ Klasse 学年 _____
 Adresse 住所 _____
 Telefon 自宅 _____

1. Notfall-Kontakt-Nummer 緊急時連絡先

	Name 氏名 (Beziehung zum Kind 続柄)	Telefonnummer 電話
1	()	
2	()	

2. Hausarzt かかりつけ医 Falls vorhanden 必要時のみ記入して下さい。

Name des Hausarztes かかりつけの医療機関	Innere Medizin 内科系	Telefon 電話
	Chirurgie 外科系	Telefon 電話
	Andere その他	Telefon 電話

3. Bisherige Erkrankungen 既往歴

Bitte umkreisen Sie den entsprechenden Artikel und füllen Sie ihn gegebenenfalls aus.

既往歴に○を付け、かかった時の年齢や現在の状況を記入して下さい。

Krankheit 病名	Alter bei erstmaliger Erkrankung 発病年齢	In Behandlung 通院/ 加療	Stand der Behandlung 治療の様子	Medikamente (Name/Dosis) 薬 (名前/量)	Bemerkung 備考
Z.B. Migräne 記入例) 片頭痛	10 Jahre alt 10才	○	1×monatlich Arztbesuch 1カ月に1回通院中	○1T/ bei Bedarf ○1錠/ 頭痛時	
Epilepsie てんかん					
Diabetes 糖尿病					
Fieberkrampf 熱性けいれん					
Nierenkrankheit 腎臓病 ()					
Herzkrankheit 心臓病 ()					
Andere / その他 ()					
Andere/ その他 ()					

※Bitte auch Rückseite ausfüllen 裏面の記入もして下さい。

4. Allergien アレルギー Bitte umkreisen Sie den entsprechenden Artikel und füllen Sie ihn gegebenenfalls aus.
アレルギーがある場合は該当するものに○を付け現在の状況を記入して下さい。

Krankheit 病名	Allergien アレルギーの有無	In Behandlung 通院/ 加療	Stand der Behandlung 治療の様子	Medikamente 薬・軟膏・吸入	Bemerkung 備考
Z.B. Asthma 記入例) 喘息	Ja(有)・Nein(無)	○	1×monatlich Arztbesuch 1ヶ月に一回通院中	○○/ 2× täglich ○○薬を1日2錠内服中	
Neurodermitis アトピー性皮膚炎	Ja(有)・Nein(無)				
Heuschnupfen 花粉症	Ja(有)・Nein(無)				
Asthma 喘息	Ja(有)・Nein(無)				
Andere その他 ()	Ja(有)・Nein(無)				
Andere その他 ()	Ja(有)・Nein(無)				

5. Lebensmittel - Allergien 食べ物アレルギー

Lebensmittel 食べ物	Allergien アレルギーの有無	In Behandlung 通院/ 加療	Stand der Behandlung 治療の様子	Rücksichtnahme im Schulleben 学校生活で配慮する事	Bemerkung 備考
Z.B. Käse 記入例) チーズ	Ja(有)・Nein(無)	○	Einnahme von Käse / 5g pro Tag 1日5gチーズを摂取中	Bringt eigenes Mittagessen 昼食を自分で持参	Allergiemittel / bei Bedarf 必要時アレルギー薬内服
Milchprodukte 乳製品	Ja(有)・Nein(無)				
Ei 鶏卵	Ja(有)・Nein(無)				
Schalentiere 甲殻類	Ja(有)・Nein(無)				
Früchte 果物 ()	Ja(有)・Nein(無)				
Nüsse ナッツ	Ja(有)・Nein(無)				
Fisch 魚 ()	Ja(有)・Nein(無)				
Andere その他 ()	Ja(有)・Nein(無)				
Andere その他 ()	Ja(有)・Nein(無)				

Epipen / エピペン	Ja有 <input type="checkbox"/>	Nein無 <input type="checkbox"/>
Anaphylaxie / アナフィラキシー	Ja有 <input type="checkbox"/> ※	Nein 無 <input type="checkbox"/>

※Falls ja: In welcher Situation und wann もし有の場合はその時の状況を記入して下さい。

6. Andere wichtige Infomationen その他学校に知らせたいこと

7. Bei Änderung der obenstehenden Angaben werde ich die Krankenschwester der Deutschen Schule Tokyo Yokohama unverzüglich informieren. (E-Mail : krankenzimmer@dsty.ac.jp)

上記記入後に変更がありました場合には速やかに東京横浜独逸学園の看護師にご報告致します。

Datum 記入年月日 _____

Unterschrift der Eltern 保護者署名 _____