Deutsche Schule Tokyo Yokohama 東京横浜独逸学園
Gesundheitskarte 保健調査票 2023/2024

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.

既往歴に〇を付け、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	〇	1×monatlich Arztbesuch 1ヵ月に1回通院中	〇1T/ bei Bedarf 〇1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〇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)	〇	1×monatlich Arztbesuch 1ヶ月に一回通院中	〇〇/ 2× täglich 〇〇薬を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)	〇	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 ☐	Nein無 ☐
Anaphylaxie / アナフィラキシー	Ja有 ☐※	Nein 無 ☐
※**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_____