

## FICHA DE SALUD (健康カード)

\* 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) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
NOMBRE (名前) \_\_\_\_\_ SEXO (性別) ( F女 ・ M男 )  
父方姓 (母方姓) 名前  
FECHA DE NACIMIENTO (生年月日) 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 EDAD (年齢) \_\_\_\_\_  
DOMICILIO (住所) \_\_\_\_\_ TEL. (自宅) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE (父親の名前) \_\_\_\_\_ TEL. (職場) \_\_\_\_\_ Cel (携帯) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE (母親の名前) \_\_\_\_\_ TEL. (職場) \_\_\_\_\_ Cel (携帯) \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A : (緊急連絡先)

1. NOMBRE (名前) \_\_\_\_\_ PARENTESCO (本人との関係) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
2. NOMBRE (名前) \_\_\_\_\_ PARENTESCO (本人との関係) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
3. NOMBRE (名前) \_\_\_\_\_ PARENTESCO (本人との関係) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

### DATOS DE HERMANOS QUE ESTUDIAN EN EI LICEO (本児童の本学校在籍中の兄弟姉妹関係)

NOMBRE (名前) \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO (学部) \_\_\_\_\_ GRADO (学年) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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) \_\_\_\_\_

SINTOMAS (症状) \_\_\_\_\_

### ※症状が出た場合の対処方法

B) ENFERMEDADES, OPERACIONES O ACCIDENTES IMPORTANTES (病気、手術、事故歴) :

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) : \_\_\_\_\_ RH ( )

E) FECHA DE LA ULTIMA INYECCION DE TETANOS (最後にした破傷風の注射の日付) :

F) NOMBRE DEL MEDICO FAMILIAR; NO. TELEFONICO; ESPECIALIDAD; (かかりつけ医師の氏名; 連絡先; 専門)

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) :

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) \_\_\_\_\_