



EMERGENCY MEDICAL INFORMATION CARD

(救急医療情報カード)



▶Please fill out this card in advance, fold it and store it in your ID card holder. Carrying it with you at all times will come in handy in emergencies. This card is used by medical personnel responding to emergencies. If you agree that your personal information will be used in an emergency, please sign below. For parts to be written by hand, please write in block letters that are easy to read.

(このカードに事前に記入し、折りたたんでIDカードホルダーに保管してください。常に持ち歩いていると、いざという時に役立ちます。このカードは緊急事態に対応する医療従事者によって使用されます。あなたの個人情報が緊急時に使用されることに同意する場合は、以下に署名してください。手書きの部分は読みやすい楷書でご記入ください。)

【 Signature (署名) : _____ 】

▶Please write your date of birth below.

(以下に生年月日を記入してください。)

Date of birth (MM/DD/YYYY)

生年月日 (月 / 日 / 年)

(

/

/

)

▶Please check the box that applies to any disease you are currently being treated for or have had in the past.

(現在治療中の病気、または過去に治療を受けていた病気に当てはまるものにチェックを入れてください。)

☐ High blood pressure

(高血圧)

☐ Mental disease

(精神疾患)

☐ Aortic disease

(大動脈疾患)

☐ Diabetes

(糖尿病)

☐ Liver disease

(肝疾患)

☐ Coronary artery disease

(冠動脈疾患)

☐ Arrhythmia

(不整脈)

☐ Cerebral infarction

(脳梗塞)

☐ Cancer ()

(癌)

☐ Epilepsy

(てんかん)

☐ Cerebral hemorrhage

(脳出血)

☐ Other ()

(その他)

▶Are you taking any medications?

(何か薬を服用していますか?) [YES/NOどちらかに✓]

☐ YES / ☐ NO

If you checked "Yes", please write the specific medication name below.

(「YES」にチェックを入れた場合は、具体的な薬剤名を下記に記入してください。)

▶Do you have any allergies?

(何かアレルギーはありますか?) [YES/NOどちらかに✓]

☐ YES / ☐ NO

If you checked "Yes", please write the specific allergy name below.

(「YES」にチェックを入れた場合は、具体的なアレルギー名を下記に記入してください。)

▶If you have a cochlear implant, please answer the following: can it be examined by MRI or CT?

(人工内耳を装着している方は、お答えください。MRIやCTでの検査は可能ですか。)

MRI : ☐ YES / ☐ NO

C T : ☐ YES / ☐ NO

▶Do you have private medical insurance?

(民間医療保険に加入していますか?) [YES/NOどちらかに✓]

☐ YES / ☐ NO

▶Have you ever been vaccinated against measles or invasive meningococcal infection? Please check "yes" or "no" for each and indicate the number of times and dates of vaccination.

(麻疹や侵袭性髄膜炎菌感染症のワクチンを接種したことがありますか? それぞれについて「はい」か「いいえ」にチェックを入れ、接種回数と接種時期を記入してください。)

infectious disease
(感染症)

Measles
(麻疹)

Invasive Meningitis
Bacterial Infection
(侵袭性髄膜炎菌感染症)

Have you been vaccinated.
(ワクチン接種はしていますか。)

☐ YES / ☐ NO

☐ YES / ☐ NO

number of doses
(接種回数)

date(s) of vaccination
(接種時期)

▶Please feel free to write what you would like to convey to medical staff. (医療従事者へ伝えたいことをご自由にお書きください。)

Example) Surgery history 、 Currently pregnant

例) 手術歴、妊娠の有無等

※Please use the back side as a communication card. (裏面はコミュニケーションカードとしてご活用ください。)

COMMUNICATION CARD



コミュニケーション カード

※Please use the diagram below to express what you want to convey.

伝えたいことを下の図を使って表現してください。

① Means of communication コミュニケーション手段		② Degree of pain and unwell 痛みや体調不良の程度		③ Type of pain 痛みの種類	
 Sign language 手話言語	 Written communication 筆談			 Chest pain 胸痛	 Headache 頭痛
 Translation machine 翻訳機 (スマートフォンなど)	 Voice conversation 音声による会話			 Stomachache 腹痛	 Lower back pain 腰痛
④ First aid goods 救護物品		⑤ Place 場所		⑥ Transportation 交通手段	
 Wheelchair 車いす	 First aid kit 応急処置キット	 First aid station 救護所	 Pharmacy 薬局	 Taxi タクシー	
 Ice 氷		 Toilet トイレ	 Hospital 病院	 Ambulance 救急車	 Public transport 公共交通機関
⑦ Payment method Identification papers 支払方法、身分証		Declaration of intention 意思表示		Emergency and Medical Consultation Service 救急・医療機関受診相談窓口	
 Credit card クレジットカード	 Identification papers 身分証			<p>If you are not feeling well, nurses are available for medical consultations by or email. Multilingual support available. For more details, please scan the QR code below.</p> <p>体調が優れない場合など、看護師が電話またはメールでの医療相談に対応いたします。多言語対応可能です。詳細については、以下のQRコードをスキャンしてください。</p>	
 Money(JPY) 現金 (日本円)					