

ぜん息児対象

経験豊富なキャンプインストラクターと医療従事者が付き添うから安心!!

デイキャンプの参加者募集!

- 目的** デイキャンプを通して療養生活上の指導を行い、気管支ぜん息等により患っている者の健康回復、保持及び増進を図ります。
- 対象者** 区内在住で気管支ぜん息等により患っている小学校1年生から小学校6年生までの児童及びその保護者(親子2人1組)
- 内容** アウトドアクッキング・レクリエーション等の野外活動(保護者向けぜん息相談会も実施予定)
- 実施日時** **11月10日(日)** 午前10時～午後4時30分
- 会場** 平和島公園キャンプ場・ゆいっつ (大田区青少年交流センター)
- 定員** **25組50名** (定員を超える応募があった場合は、抽選となります)
- 参加費用** **原則無料** (プログラム参加に伴う交通費は自己負担となります)
- 集合場所** ゆいっつ (大田区青少年交流センター)



- 申込方法** **電子申請(推奨)** または **参加申込書** の提出による
電子申請の場合: 二次元コードよりお申込みください.....▶ 
参加申込書の場合: 裏面の申込書に必要事項をご記入の上、下記の【申込み・問合せ先】まで持参・郵送のいずれかでご提出ください

必要書類 参加対象者の児童が、**呼吸器系疾病により患っていることが客観的に判断できる資料** (例:お薬手帳直近3か月分のコピー)の提出が必要となります。

申込期限 **9月30日(月)**

その他 ぜん息キャンプの運営は特定非営利活動法人国際自然大学校に委託しており、大田区が委託した業者及び当日従事する医療従事者へ個人情報の提供をいたします。また、事業の様子を写真撮影させていただきます。予めご了承ください。

申込み・問合せ先 〒144-8621 大田区蒲田五丁目13番14号
大田区健康医療政策課健康政策担当(公害保健)
電話: 03-5744-1246 FAX: 03-5744-1523



◆ 環境再生保全機構は、大田区が実施する「ぜん息キャンプ」をサポートしています。



ぜん息に関する心配ごとや悩みごとは「ぜん息電話相談室」まで
専門医・看護師が対応いたします。

独立行政法人 環境再生保全機構 <https://www.erca.go.jp/yobou/>

〒212-8554 川崎市幸区大宮町1310番 ミューザ川崎セントラルタワー8F
TEL.044-520-9572 FAX.044-520-2134 法人番号8020005008491

フリーダイヤル **0120-598-014**
受付曜日・時間 月～土曜日(祝日を除く) 10:00～17:00



大気環境・ぜん息などの情報館 **検索**



令和6年度「ぜん息キャンプ」参加申込書

(宛先)大田区長

「ぜん息キャンプ」に参加したいので申し込みます。

令和 年 月 日

同意書

ぜん息キャンプの参加にあたり、申込書に記載した情報等を大田区が委託するぜん息キャンプ関係者に提供すること、またその関係者から大田区に提供を受けることを同意します。

同意者(保護者)氏名: _____

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳
参加者氏名		学校名	小学校	学年	年生
性別		性別		男・女	
ふりがな		(保護者)参加者氏名	(保護者)食物アレルギーの有無・詳細		
住所	〒 大田区	自宅電話	()		
		【緊急連絡先】携帯電話	()		
メールアドレス					
過去に大田区のぜん息キャンプに参加したことがありますか	はい(今回で 回目) ・ いいえ				
呼吸器系疾病名(該当疾病に○を)	1:気管支ぜん息 2:その他(具体的に)	発症時期		歳	か月
参加の確認	<input type="checkbox"/> 最近の症状からみて、参加可能なことを主治医に確認しました。				

治療状況等について(ぜん息キャンプ参加中の応急処置の参考とします。)

区分	発作時対症薬剤	発作時以外の常用薬剤・減感作薬等
内服薬(品名・量)		
吸入薬の種類及び名称・量		
その他		

上の表に記入した医薬品の中で、参加する際に本人が持参するものに「○」をつけてください。

併せて上記の疾病に罹患している事が客観的に判断できる資料(例:お薬手帳直近3か月分のコピー)を添付してください

該当するものに○をつけてください。 有の項目については大田区から詳細をお伺いする場合があります。

①上記の疾病による入院経験(最近1年間について)	有・無	②副作用のため使用禁止の薬品の有無	有・無	②有の場合の薬品名
③-1 食物アレルギーの有無	有・無	③-2 エピペンの所持	有・無	
③-1有の場合の食品名(鶏卵・乳製品・小麦・その他(具体的に _____))				
③-1有の場合の症状(アナフィラキシー・蕁麻疹・腹痛・下痢・その他 _____)		・アナフィラキシー有の場合の症状(喘鳴・呼吸困難・嘔吐・腹痛・血圧低下・意識障害・その他 _____)		
		・アナフィラキシー有の場合の発症時期 _____ 年 月 日		
④既往症について	有・無	④有の場合の詳細		
⑤主治医について	受診医療機関名: _____		主治医名: _____	
⑥参加者について運営側に伝えておきたいこと(性格、その他)または質問事項など				