



夏休みキッズ探検隊♪

愛媛県ではがん患者の治療・療養が円滑に行われるために、家族を含めた総合的な支援に取り組んでいます。

本イベントは、親ががん患者である小学生たちが、同じ立場の仲間とともに病気や治療について学び、体験を通じて、不安を和らげ、困難を跳ね返す力を引き出すことを目的としています。



日時

2019年 8月 1日 (木)

10時30分～15時00分 (受付10時00分～)

場所

四国がんセンター

対象

愛媛県内の小学3～6年生



定員

12名程度 ※定員に達し次第、締め切りとさせていただきます。
※初回参加の方を優先させていただきます。

内容

- ①がんについて学ぼう！ ②病院内を探検しよう！
③病院でお昼ご飯を食べよう！ ④心と体について学ぼう！

申込み

申込書をご記入の上、郵送または直接ご持参ください。
(ご持参の場合は、四国がんセンター患者・家族総合支援センター **暖だん** 2階案内カウンターへ月～金曜日の9時～16時までにご提出ください。)

応募締切

2019年 7月 1日 (月) 当日消印有効

参加費

500円 (イベント保険加入料)

《参加要件》

- ・親ががん患者であること
- ・子どもが親の病気について知っていること
- ・アンケートにお答えいただけること

※このイベントは、お子さんのみの参加となります。

申込書は…
患者・家族総合支援センター **暖だん** にあります。
※病院ホームページからもダウンロードできます。

【申込み・問い合わせ】

四国がんセンター

患者・家族総合支援室 「夏休みキッズ探検隊」係
〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲160 TEL:089-999-1209



◇イベント中の写真を報告書などに掲載する場合があります。ご了承下さい。

主催: 四国がんセンター (患者・家族総合支援センター)

チャイルドケアプロジェクト 2019 参加申込書

申込日: 年 月 日

* どのようにしてこのイベントを知りましたか

- チラシ・ポスター ホームページ 病院スタッフの紹介
 家族・知人の紹介 新聞・ラジオ・情報誌 学校からの案内 その他

1. 参加するお子さんについて

(ふりがな) 氏名	(男・女)(歳)		
学 校 名	(小・中) 学校 年生	生 年 月 日 ※保険加入に必要です	H 年 月 日生
身 長	cm (当日使用する白衣のサイズ確認のため)		
ア レ ル ギ ー	なし・あり() ※個別のアレルギー対応はできません		
気 が かり な こ と	なし・あり()		
そ の 他	*お子さんが知りたいと思っていることや好きな食べ物・遊びなどについてご記入ください		

2. 患者さんについて

(ふりがな) 氏名	(歳) お子さんとの続柄(父・母)		
住 所	〒		
連 絡 先	①	②	
が ん 治 療 を 受 け て い る 病 院 名		※四国がんセンターに おかけの方のみ 診 察 券 番 号	
が ん の 種 類		初めて診断された日	現在の治療状況
ス テ ー ジ	<input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期	年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治療前 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 緩和ケア
そ の 他	*このイベントでどんなことを学んで欲しいですか *その他、ご連絡に際してご都合の悪い曜日や時間帯などご記入ください		

3. お子さんに関する電話連絡に対応していただける方について(患者さんと異なる場合)

(ふりがな) 氏名	お子さんとの続柄()		
住 所	〒		
連 絡 先	①	②	
そ の 他	*ご連絡に際してご都合の悪い曜日や時間帯などご記入ください		

4. イベント中の緊急連絡先について

氏 名		続 柄		緊急連絡先	
-----	--	-----	--	-------	--

* 本プログラムは、有効性を検証するため他施設との共同研究となっております。

* 取得した個人情報は、当該事業内で利用し、適切に取り扱われます。* 参加の可否については、その旨を**応募締切り後**にご連絡いたします。

以下、事務局記載事項

受付日: 月 日 時 分 受付者:
 確認日: 月 日 確認者:

受付番号: