

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。昨年に引き続き、今年もオンラインで開催します！

日時

2022年 **8月2日(火)**
13時30分～15時30分

場所

ご自宅からのオンライン参加
オンラインなら子どもの学ぶ姿が近くで見られます！

対象

愛媛県内の小学3～6年生

定員

5世帯（1世帯につき小学生3名まで参加可能）

※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。ご了承ください。

内容

①がんについて学ぼう！ ②病院内を視聴探検しよう！
③心と体について学ぼう！

申込み

添付の申込書をご記入の上、郵送またはご持参ください。

※持参していただく場合は、四国がんセンター患者・家族総合支援センター暖だんへ月～金曜日（祝日除く）9時～12時／13時～16時の間にご提出ください。

応募締切

2022年7月19日（火）当日消印有効

《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
- ・顔出しでの参加ができること
- ・各自でオンライン機器の準備ができること

《注意事項》

- ※イベント中の動画や写真撮影、録音は禁止とさせていただきます。但し、スタッフがイベント中の画面を撮影し、病院内の報告書などに掲載する場合があります。予めご了承ください。
- ※公共の場からのご参加はご遠慮ください。

申し込み用紙は
ホームページからも
ダウンロードできます



オンラインだけでなく
みんなと会えてよかったです。
（参加した子どもの感想）

良い気分転換となり家族の会話がはずみました。
（参加した子どもの親の感想）

チャイルドケアプロジェクト 2022 参加申込書

申込日: 2022 年 月 日

* どのようにしてこのイベントを知りましたか (複数回答可)

- チラシ・ポスター 院内のデジタル掲示板 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 その他

1. 参加する方について

※当日参加される方は全員ご記入ください。

参加する子ども	(ふりがな) 氏名	男・女	() 小学校 年生
参加する子ども	(ふりがな) 氏名	男・女	() 小学校 年生
参加する子ども	(ふりがな) 氏名	男・女	() 小学校 年生
当日お手伝いして くださる大人の方	(ふりがな) 氏名	男・女	続柄 ()
当日お手伝いして くださる大人の方	(ふりがな) 氏名	男・女	続柄 ()
気がかりなこと	特になし 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

※下記記載の住所に郵便物を送らせていただきます。お間違いのないようご記入ください。

(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		※四国がんセンターを 受診されている方 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		

【※裏面のご記入もお願いします】⇒

3. オンラインについて

① 当日使用する機器に○をつけてください

【 カメラとマイク付きのパソコン ・ タブレット 】

② ネット環境についてどちらかに○をつけてください

【 有線 ・ 無線(Wi-Fi) 】※途中で接続が切れてしまう場合がありますので、可能ならば有線をお勧めします。

③ Zoom を使用したことがありますか？

【 ある ・ ない 】

④ オンラインの操作についてあてはまるものに○をつけてください

【 慣れている ・ まあまあ慣れている ・ 全く慣れていない 】

4. 当日使用する機器のメールアドレス

※メールで URL を送らせていただきますので、お間違いのないようご記入ください。

メールアドレス	@
---------	---

5. 当日の緊急連絡先

氏名	連絡先

参加される方々が気持ちよく時間をすごすために

- * 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のでご安心ください。
- * 四国がんセンターの記録用として、イベント中の様子を画面撮影することがあります。こちらも当該事業内で利用し、適切に取り扱われますのでご安心ください。
- * 皆様におかれましては、プライバシーを守るために、イベント中の動画や写真撮影、録音は禁止とさせていただきます。

上記の記載内容に同意します はい ・ いいえ

※参加の可否につきましては、その旨を**応募締切り後**にご連絡いたしますので、どうぞよろしくお願いいたします。

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：