

# チャイルドケアプロジェクト 2024 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)<br>氏名 | (男・女)(歳)                                  |                       |          |
| 学 校 名        | 小学校<br>年生                                 | 生 年 月 日<br>※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)<br>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<br>病 院 名 |   | ※四国がんセンターで<br>受診している方<br>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<br><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<br>*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は記載をお願いします)

|              |                               |   |  |
|--------------|-------------------------------|---|--|
| (ふりがな)<br>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 |  |
|-----|--|-----|--|-------|--|

\* 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、その旨を後日ご連絡いたします。

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: