

# 夏休み



わくわくドキドキ  
病院内探検！！

# 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。

このイベントは、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。今年も現地開催です！

日時 2024年 **8月6日(火)**

**13時00分～15時30分**  
(受付 12時30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 10名程度 ※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。

※持参の場合 ⇒ 窓口：四国がんセンター患者・家族総合支援センター**暖だん**へ  
受付時間：月～金曜日（祝日除く）9時～12時 13時～16時

参加費 500円（イベント保険加入料）

応募締切 2024年7月19日（金）郵送の場合は必着

※定員に達し次第、締切とさせていただきます。



暖だん  
ホームページ

《参加要件》・親ががん患者さんであること ・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だけの参加となります。**送迎は必ず大人の方の付き添い**をお願いします。  
※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。予めご了承ください。

《主催/申し込み・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



# 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) 氏名	(男・女)(歳)		
学 校 名	小学校 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		※四国がんセンターで 受診している方 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		

## 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) 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: