

本人(小1)が一人で遊びに行き帰ってきて自信につながりました。スタッフの数も多く、安心して参加させることが出来ました。

ぜん息児対象 日帰り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、気管支ぜん息等にり患し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り患している小学1年生から中学3年生までの児童・生徒及びその保護者(各回によって、対象者は異なります。)

内容

- 第1回 水泳・呼吸体操等の体育活動
- 第2回 火起こし体験・レクリエーション等の野外活動
- 第3回 野外炊事・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)

経験豊富な
キャンプインストラクターと
医師が同行するから安心!!



	実施日	対象者	定員(抽選)	会場
第1回	7月26日(水)	小学1年生から中学3年生まで	25名	大田区立館山さざなみ学校 (千葉県館山市洲宮 768-117)
第2回	10月15日(日)	小学1年生から中学3年生まで	50名	神奈川県横浜市野島公園 ※キャンプ場の予約状況によってプログラム変更の可能性あり
第3回	11月12日(日)	小学1年生から6年生と その保護者(親子2人1組)	25組 50名	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)

参加費用

原則無料 (プログラムに伴う交通費は自己負担となります。)

集合場所

- 第1回 大田区役所(貸切バスにて移動 片道2時間30分(途中休憩含む))
- 第2回 京急蒲田駅(京急蒲田駅からの交通費は自己負担です)
- 第3回 ゆいっつ(大田区青少年交流センター)

申込方法

電子申請 または **参加申込書** の提出による ※複数回申込可
 電子申請の場合: QRコードよりお申込みください。.....▶
 参加申込書の場合: 裏面の申込書に参加希望回と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・FAXのいずれかでご提出ください。



必要書類

呼吸器系疾病にり患し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。複数回参加を希望される方は、1回の提出で構いません。
 第3回については、参加保護者の「呼吸器系疾病にり患していることが客観的に判断できる資料」提出の必要はございません。

申込期限

- 第1回 6月9日(金)
- 第2回 8月31日(木)
- 第3回 9月27日(水)

※ぜん息キャンプは全3回いずれも日帰りでの開催です。 ※参加希望者が定員を超過した場合は抽選で参加者を決定します。

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 本庁舎
大田区健康医療政策課公害保健(事業担当)

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。

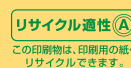
フリーダイヤル 0120-598-014
受付曜日・時間 月~土曜日(祝日を除く) 10:00~17:00



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

大気環境・ぜん息などの情報館 検索



令和5年度「日帰りぜん息キャンプ」参加申込書

(宛先)大田区長

「日帰りぜん息キャンプ」に参加したいので申し込みます。

令和5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		学年	小・中学校	年生	性別 男・女
保護者・記入者名		第3回のみ	参加者名(保護者)		
			保護者の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	()		
参加希望回	<input type="checkbox"/> 第1回希望 <input type="checkbox"/> 第2回希望 <input type="checkbox"/> 第3回希望 ※対象学年を満たしている回については複数回希望可。				
過去に参加したことはありますか	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。				
運営側に伝えておきたいこと(例:アレルギーがあるため海には入れません等)					

治療状況等について(教室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、本人が持参するものには○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。有の場合は大田区から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: _____	