

## ぜん息キャンプ

日帰りキャンプに行こう!

## 目的

デイキャンプを通して療養生活上の指導を行い、気管支ぜん息等により患っ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より患っている小学1年生から中学3年生まで児童・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 無人島内ハイキング・ウォークラリー等の野外活動  
 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27日(水)	小学1年生から中学3年生まで	50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16日(日)	小学1年生から中学3年生まで	50名	猿島公園 (神奈川県横須賀市猿島1)
第3回	11月13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)

※新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、各回の定員数を縮小して開催する場合がございます。

**参加費用** 原則無料 (プログラムに伴う入園料や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・3回 参加決定後、詳細は通知します。原則、大田区内で集合となります。

**申込方法** 電子申請(推奨) もしくは  
 参加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・問合せ先まで①持参、②郵送、③FAXのいずれかでご提出ください。対象学年であれば、複数回の参加も1回の申込みで可能です。  
 ※電子申請の場合は下記のQRコードから申込いただけます。  
 ※参加申込書は下記のQRコードから取得していただくか、【申込み・問合せ先】までご連絡くださればお送りします。

**必要書類** 呼吸器系疾病に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10日(金) 第2回 8月31日(水) 第3回 9月28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。  
 ※当事業は新型コロナウイルス感染症の感染状況により、中止になる場合がございます。

## 申込み・問合せ

〒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。



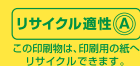
ぜん息に関する心配ごとや悩みごとは「ぜん息電話相談室」まで  
 専門医・看護師が対応いたします。

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4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 年 月 日

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳
参加者氏名		学校名	小・中学校	学年	年生
性別		性別		男・女	
保護者・記入者名		第3回の参加者名(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(希望回に○を)	・第1回【7月27日(水)】…小1～中3 対象 ・第2回【10月16日(日)】…小1～中3 対象 ・第3回【11月13日(日)】…小1～小6とその保護者 対象				※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。				

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	発作時対症医薬品	発作時以外の常用医薬品・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医薬品の有無	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: _____	

※定員を超えた場合は抽選により参加者を決定する場合がありますので、ご了承ください。