

参加者名 _____

令和4年度 「和き・合い・愛」チャレンジキャンプ

参加者カード

- 本票は、活動におけるスタッフの子どもたちへの配慮・対応の参考のためのものです。当事業の目的以外には使用いたしません。御理解の上、御記入をお願いします。

福岡県立少年自然の家「玄海の家」

□の項目は、いずれかにチェック印をつけてください。

見え方について	<input type="checkbox"/> 全盲→ (<input type="checkbox"/> 明るさを感じる <input type="checkbox"/> 明るさは感じない) <input type="checkbox"/> 弱視→ (<input type="checkbox"/> 像がぼやける <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 中心暗転 <input type="checkbox"/> まだらに見える <input type="checkbox"/> 明るいと見えない <input type="checkbox"/> 暗いと見えない ※ その他の困り感がある場合は、その見え方を御記入ください。
移動について	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 手引き歩行 ※ その他、配慮が必要なことがあれば、御記入ください。
コミュニケーションについて	※当てはまる番号に○をつけてください。 [4 よくできる・3 ややできる・2 あまりできない・1 できない] 【自分から話すこと】 4 _____ 3 _____ 2 _____ 1 _____ 【他人の話を理解すること】 4 _____ 3 _____ 2 _____ 1 _____ 【文字の認識方法】 <input type="checkbox"/> 点字を用いる <input type="checkbox"/> 墨字を用いる ※ その他、配慮が必要なことがあれば、御記入ください。
食事について	【食事に要する時間】 (_____) 分程度 【食事の介助】 <input type="checkbox"/> 介助が必要である <input type="checkbox"/> 介助は必要ない ※ 介助が必要な場合は、介助の方法を御記入ください。 (気をつけて欲しいことでもかまいません。) 【食物アレルギーについて】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ アレルギー又は偏食がある場合は御記入ください。

着脱衣について	<p>【衣服の着脱の介助】 <input type="checkbox"/> 介助が必要である <input type="checkbox"/> 介助は必要ない ※ 介助が必要な場合は、介助の方法を御記入ください。 (気をつけて欲しいことでもかまいません。)</p>
入浴について	<p>【入浴に要する時間】 () 分程度 【入浴の介助】 <input type="checkbox"/> 介助が必要である <input type="checkbox"/> 介助は必要ない ※ 介助が必要な場合は、介助の方法を御記入ください。 (気をつけて欲しいことでもかまいません。)</p>
排泄について	<p>【排泄の介助】 <input type="checkbox"/> 介助が必要である <input type="checkbox"/> 介助は必要ない ※ 介助が必要な場合は、介助の方法を御記入ください。 (気をつけて欲しいことでもかまいません。)</p>
睡眠について	<p>【睡眠時間】 () 時間程度 就寝 () 時、起床 () 時 【集団宿泊の経験】 <input type="checkbox"/> あり (これまでに () 回程度) <input type="checkbox"/> なし 【寝付きの様子】 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ※ 寝付きが悪い場合は、どのようにすれば就寝できるかを御記入ください。</p>
薬や発作について	<p>【通常使用している医薬品】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ ある場合はどのような薬か、また服用時間・間隔等も御記入ください。</p> <p>【けいれん等の発作】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※ ある場合はどのようなものか、どのような時におきるのか、また、対処の方法も御記入ください。</p>
エピペンについて	<p>【アドレナリン自己注射薬を持っていますか。】 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※ 「はい」にチェックをした方には、後日詳しい情報をお尋ねすることがあります。</p>
その他	<p>※参加にあたって、特に配慮すること、注意すること等があれば御記入ください。</p>