保護者の方へ

**参加者名**

令和６年度　｢和き・合い・愛｣FamilyチャレンジDay

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 | □全盲→（　□明るさを感じる　□明るさは感じない　）□像がぼやける　　□混濁　　□中心暗転□まだらに見える　□明るいと見えない□暗いと見えない□弱視→※　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 | □自分で歩ける　□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 |  ※当てはまる番号に〇をつけてください。[ 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】４１２３【他人の話を理解すること】４１２３【文字の認識方法】 □点字を用いる　　□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】　　 □介助が必要である　　□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】　□ある　　　□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 | 【衣服の着脱の介助】　□介助が必要である　□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。） |
| 排泄について | 【排泄の介助】　□介助が必要である　□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。） |
|  　薬や発作に ついて | 【通常使用している医薬品】　□ある　　□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。【けいれん等の発作】　□ある　　□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。 |
| エピペンに ついて | 【アドレナリン自己注射薬を持っていますか。】　□はい　□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。 |
| その他 | ※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。 |