

福岡医発第277号(地)

平成16年 4月30日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹 嶋 康 弘



「第16回アジア太平洋こども会議・イン福岡」の医療体制について(お願い)

標記の件につきましては、平成3年度より各郡市医師会にご協力いただいております。昨年は重症急性呼吸器症候群(SARS)の影響から招聘事業が見合わせられましたが、今年は7月10日から7月29日まで、福岡市及びその周辺に於いて「第16回アジア太平洋こども会議・イン福岡」が開催される予定であり、その会議開催中の医療体制について本会へ協力依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件につきましてご了解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 海外からのこども会議参加者は、下記保険会社の海外旅行傷害保険に加入しています。
2. ホームステイ中、会議参加者が、けが及び病気にかかった時は、別添の①医療費請求用紙(病院・薬局用)、②医療診断書 Medical Certificate (メディカルサティフィケート)を持参のうえ、ホストファミリーと一緒に医療機関へ訪問します。
3. 診察後、持参された医療費請求用紙に必要事項を記入のうえ、株式会社損保ジャパン福岡中央支店へ、直接ご郵送下さい。後日、保険会社より請求金額がご指定の口座へ振り込まれます。

※保険点数は1点単価20円をお願いいたします。

《 郵 送 先 》

株式会社 損保ジャパン 福岡中央支店 火新SC課 担当:八尋

〒812-8668 福岡市博多区博多駅前2丁目5-17

TEL 092-481-5355

FAX 092-475-2586

小郡三井医師会より

担当理事 廣瀬真恵



ホームステイ期間中の医療体制 添付資料

海外参加者を病院へ連れて行く際には、まずはお近くのホームドクターのところへ行かれて下さい。下記のような病院もございますので、参考にどうぞ。

◆※済生会福岡総合病院	福岡市中央区天神 1-3-46	(092) 771-8151
◆福岡市立こども病院	福岡市中央区唐人町 2-5-1	(092) 713-3111
◆※国立病院九州医療センター	福岡市中央区地行浜 1-8-1	(092) 852-0700
◆※福岡市民病院	福岡市博多区吉塚本町 13-1	(092) 632-1111
◆福岡市急患診療センター	福岡市早良区百道浜 1-6-9	(092) 847-1099
◆※吉村病院	福岡市早良区西新 3-11-27	(092) 841-0835
◆※福岡和白病院	福岡市東区和白丘 2-11-17	(092) 608-0001
◆※福岡徳洲会病院	春日市須玖北 4-5	(092) 573-6622
◆※篠栗病院	粕屋郡篠栗町尾仲 94	(092) 947-0711

□ ※は、24時間対応可能な病院です。訪問の際は、事前連絡を入れて下さい。

□ 福岡市急患診療センターの対応は以下の通りです。

診療日	受付時間	診療科目
平日 (月曜～金曜)	午後7:30 ～翌日午前6:30	内科・小児科
土曜	午後7:00 ～翌日午前7:30	内科・小児科
休日(日曜・祝日)	午前9:00 ～翌日午前7:30 (※眼科・耳鼻咽喉科は 午後11:30まで)	内科・小児科・外科・眼科・耳鼻咽喉科・産婦人科

◆福岡県救急医療情報センター (092) 471-0099

※同センターでは、24時間、無休で医療機関を紹介しています。

※各病院に連絡を入れる際と、受付をする際には必ず「アジア太平洋こども会議」のホストファミリーである旨を伝えるようにして下さい。

持参するもの；①医療費請求紙(病院・薬局用) p3～4をコピーして

②医療診断書 ^{メデイカル} ^{サーティフィケート} Medical Certificate p2見本

※医療費請求用紙を使用した際は、必ず下記こども会議事務局までご報告願います。

《連絡先》NPOアジア太平洋こども会議・イン福岡(担当：アバクル)

〒810-0001 福岡市中央区天神1-10-1 市役所北別館5階

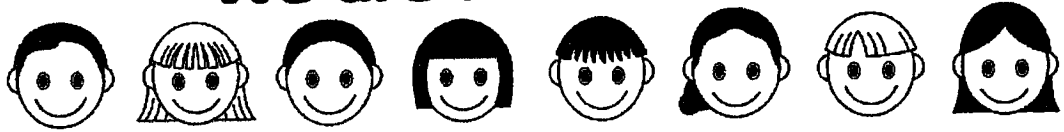
TEL: 092-734-7700 / FAX: 092-734-7711



第16回アジア太平洋ことも会議・イン福岡スケジュール(予定)

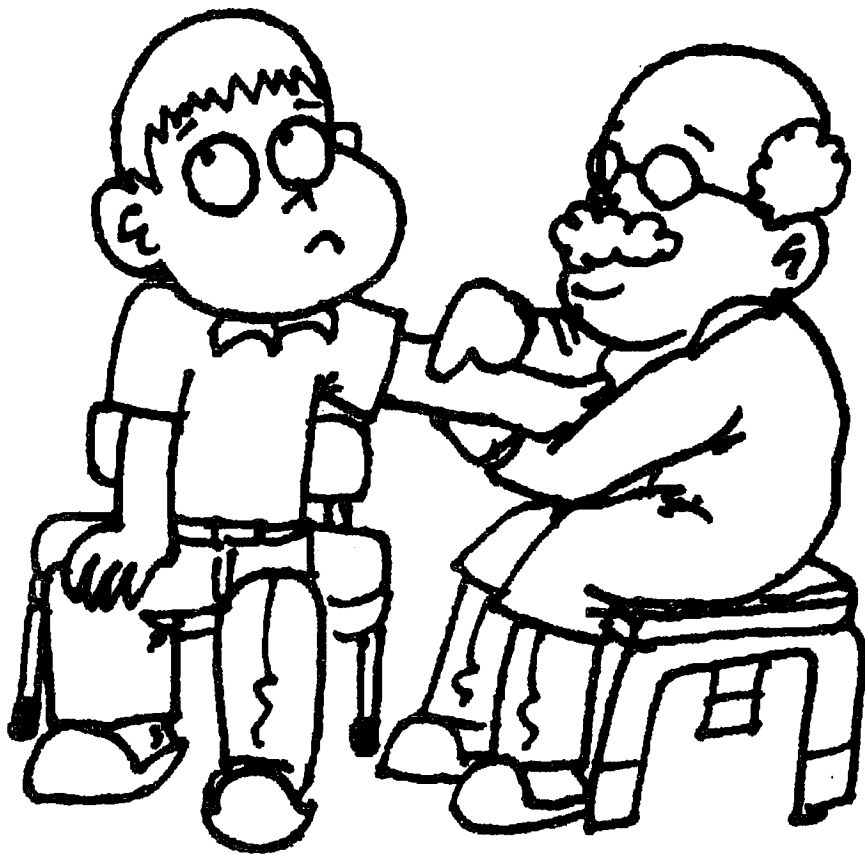
	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
7月							
スクール型	4 入国・マリンハウスキャンプ	5	6 出会いの日 ホームステイ	7 学校登校	8 入国・マリンハウスキャンプ	9	10 APCC 記念イベント
コミュニティ型	11 グローバルキャンプ	12 再対面の日 ホームステイ	13 出会いの日 ホームステイ	14 学校登校	15 PA&シャペロンミーティング	16 シャペロンシンポジウム	17 グローバルキャンプ
スクール型	18 再対面の日 ホームステイ	19 出会いの日 ホームステイ	20 学校登校	21 PA&シャペロンミーティング	22 シャペロンシンポジウム	23	24 APCC 記念イベント
コミュニティ型	25 出国 (午後便)	26 出国	27 出国	28 出国	29 出国	30	31

We are the BRIDGE



第16回アジア太平洋こども会議・イン福岡

医療のしおり



IDNO. _____

ホストファミリー名 _____

ホームステイ中、こども大使やシャペロン、ピース大使の体調が悪く なったり病院へかかる場合はどうすればいいの??

ホームステイ中は、異国の地で環境が急変する上、精神的な緊張感なども加わり、体調を崩す参加者もいるでしょう。こども会議開催期間が、夏の一番暑い時期ということもありますので、水分の補給はいつでもできるようにし、また疲れている様子であれば十分な休息を与えるよう注意して下さい。

海外からのこども会議参加者は下記の保険会社の海外旅行傷害保険に加入しており、母国を出発してから到着するまでの間に発生した医療費は全額支払われます。万一、事故・病気で病院へかかる場合には、次の通り対処していただきますようお願い致します。

*****事故でけがをした時、または病気になった時の手順*****

①参加者に状態をよく聞いて対処して下さい。参加者がこども大使で、判断に困る場合には、シャペロンへ連絡をして、アドバイスを受けて下さい。※シャペロンのホームステイ先はすぐに分かるようメモをしておきましょう。

②自宅での休養や応急処置で治らない場合には、最寄りの病院で診察を受けて下さい。

③病院へ行く際は、下記の2点をご持参願います。

イ) 医療費請求用紙・診察を受ける病院の受付・処方箋を受けた薬局にお渡し下さい。

(病院用・薬局用は別フォームです。p3とp4の用紙をコピーしてご使用下さい。)

ロ) 医療診断書・・・こども大使が本国の医者診察により、記入してもらっているものです。

現地窓口より到着次第、ホストファミリーお渡ししていますので必要に応じて医師に提示してください。(p2に見本あり。)

④医療費は、病院・薬局から医療費請求用紙を下記の保険会社へ郵送頂けば、保険会社が後日、病院/薬局指定の口座へ代金を振込むシステムになっています。ホストファミリーが医療費を支払う必要はありません。

⑤万一、ホストファミリーが医療費を立て替えた場合は領収書を添えて、医療費請求用紙を直接保険会社まで郵送して下さい。立て替えていただいた分の医療費は後日保険会社より支払われます。

※その際は振込口座名・番号のご記入を忘れずにお願いします。

⑥病院・薬局を利用した際はp5の報告書に記入の上、必ずこども会議事務局へご報告願います。

※報告なしで医療費請求用紙が郵送されても、保険会社から医療費が支払われませんので皆様のご協力をお願い致します。

報告必要事項：①参加者名前・IDナンバー・生年月日

②事故/病気発生日時・場所・状況(ex.階段で転んだ。夕食後急に腹痛を訴えた。)

<緊急連絡先>

◆NPOアジア太平洋こども会議・イン福岡(ホームステイ期間中は24時間対応)

〒810-0001 福岡市中央区天神1-10-1 市役所北別館5階 担当：アバクル

TEL：092-734-7700/FAX：092-734-7711

◆株式会社 損保ジャパン 福岡中央支店 火新SC課 担当：八尋

★医療費請求用紙郵送先 〒812-8668 福岡市博多区博多駅前2丁目5-17

TEL：092-481-5355

FAX：092-475-2586

MUST BE COMPLETED IN ENGLISH BY A QUALIFIED PHYSICIAN

Name (名前):	Name of Country/Region (国・地域):		
Month(月) Date(日) Year(年)			
Date of Birth (生年月日):	Sex: M 男/F 女	Blood Type (血液型):	Rh factor:
Height (身長):	cm	Weight (体重):	kg
Normal Body Temperature (基礎体温):		°C	

I. Medical History 病歴

Please indicate whether the patient is suffering from or has suffered from any of the following and add any other conditions. 下記の該当があれば、書いて下さい。

Condition	病気	Details 詳しく説明して下さい	Date 治療済みの日付
Asthma	喘息		
Diabetes	糖尿病		
Malaria	マラリア		
Ear Infections	耳鼻疾患		
Tuberculosis	結核		
Epilepsy	てんかん		

II. Allergies アレルギー: Please list anything that

アレルギーがある場合、原因となるものを列記して下さい。

III. Medications 治療: Please list any medication prescribed. 治療中の場合、病状と処方箋を述べて下さい。

y using and the condition for which it has been

Condition or Symptoms (病気または症状)	ication (処方箋)
1.	
2.	

IV. Immunization History 予防接種歴: Please indicate whether the patient has already been infected by the disease and when.

下記の予防接種を受けましたか? 最新の年度を記入してください。又は既往症の場合は日付を書いて下さい。

Vaccination 予防接種	Date 日付	Vaccination 予防接種	Date 日付
Measles はしか		Hepatitis B B型肝炎	
Mumps おたふく風邪		Japanese Encephalitis 日本脳炎	
Rubella 風疹			
Polio ポリオ			
Tetanus 破傷風			
BCG (Tuberculosis) 肺結核			

V. Physical Disabilities 四肢の障害: 四肢の障害がありますか? 詳しく記入して下さい。

VI. Travel Related Conditions 旅行関係: 車酔いや耳鼻疾患がある場合は、チェックして下さい。

Travel Sickness 車酔い Yes ☐ No ☐Inner Ear Problems 耳鼻疾患(中耳炎など) Yes ☐ No ☐

VII. Additional Information その他の情報: Please give any information that may be relevant when staying with a Host Family.

Date of Examination.....

Examined by (print name)..... Signed.....

《郵 送 先》

株式会社 損保ジャパン

福岡中央支店 担当：八尋

〒812-8668 福岡市博多区博多駅2丁目5-17

電話 (092) 481-5355

NPOアジア太平洋子ども会議・イン福岡

We are the BRIDGE



医療費請求用紙【病院用】

氏名						男・女	歳
国名							
IDナンバー ()							
上の空欄はホストファミリーでご記入をお願い致します。							
発病／事故日	平成 16 年	月	日	午前・午後		時頃	
治療期間	平成 16 年	月	日～	月	日	(日間)	
病院	症状						
	治療費						
	病院名						
	住所						
	TEL 印						
	担当 平成 16 年 月 日						
	振込先						
	銀行名 支店名 支店						
口座番号 (普通／当座)							
口座名義							
本用紙に必要事項をご記入後、上記保険会社宛 郵送してください。							
後日、保険会社より請求金額がご指定の口座へ振り込まれます。							

別途、薬局での支払いが発生した場合には 薬局用の用紙をご利用ください。

NPOアジア太平洋子ども会議・イン福岡 医療部会 担当：アバクル

〒810-0001 福岡市中央区天神 1-10-1 福岡市役所北別館 5 階

TEL 092-734-7700 FAX 092-734-7711

《郵 送 先》

株式会社 損保ジャパン

福岡中央支店 担当：八尋

〒812-8668 福岡市博多区博多駅2丁目5-17

電話 (092) 481-5355

NPOアジア太平洋子ども会議・イン福岡

We are the BRIDGE



医療費請求用紙【薬局用】

氏名						男・女	歳
国名							
	ID ナンバー ()						
上の空欄はホストファミリーでご記入をお願い致します。							
発病／事故日	平成 16 年	月	日		午前・午後	時頃	
治療期間	平成 16 年	月	日～	月	日	(日間)	
薬局	症状						
	治療費						
	薬局名						
	住所						
	TEL						
	印						
	担当						
	平成 16 年 月 日						
振込先							
銀行名 _____ 支店名 _____ 支店							
口座番号 _____ (普通／当座)							
口座名義							
本用紙に必要事項をご記入後、上記保険会社宛 郵送してください。							
後日、保険会社より請求金額がご指定の口座へ振り込まれます。							

病院での支払いには 病院用の用紙をご利用ください。

NPOアジア太平洋子ども会議・イン福岡 医療部会 担当：アバクル

〒810-0001 福岡市中央区天神 1-10-1 福岡市役所北別館 5 階

TEL 092-734-7700 FAX 092-734-7711



医療機関を利用された場合は本用紙に必要事項をご記入の上、こども会議事務局へ電話、FAX、郵送のいずれかにて報告してください。＊報告がない場合、医療費の支払いが出来ない場合があります。必ずご報告していただきます様よろしくお願いします。

<医療機関 利用報告用紙>

氏名:	ID ナンバー:	性別:男・女	歳
生年月日: (西暦) 年 月 日			
国名()			
ホストファミリー名()			
発病/事故日	平成16年 月 日	午前・午後	時頃
症状	例)夕食後に腹痛を訴えた/階段から転んで肘を打った など...		
病院名 薬局名			

<報告・提出先>

NPOアジア太平洋こども会議・イン福岡
〒810-0001 福岡市中央区天神 1-10-1 市役所北別館5階
TEL:092-734-7700 FAX:092-734-7711
医療部会 担当:アバクル