

福岡医発第489号(地)

平成17年 6月 3日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹 嶋 康 弘



「第17回アジア太平洋子ども会議・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、今年は7月13日から7月27日の全15日間の日程で、全34カ国・地域45団、328名の子ども大使、46名のシャペロン(引率者)、約20名のピース大使(過去の子ども大使)が来福し、福岡市及びその周辺に於いて「第17回アジア太平洋子ども会議・イン福岡」が開催される予定であり、その会議開催期間中の医療体制について本会へ別紙のとおり協力依頼がありました。

そこで、平成17年6月2日開催の本会第6回全理事会で協議の結果、本会といたしまして、協力することといたしました。

つきましては、貴会におかれましてもご協力賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 海外からの子ども会議参加者は、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「第17回アジア太平洋会議・イン福岡 医療のしおり」中の医療費請求用紙(病院・薬局用)、医療診断書 Medical Certificate (メディカルティフケイ)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、あいおい損害保険株式会社福岡支店へ、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 》

あいおい損害保険株式会社 福岡支店 営業第3課 担当：満永
〒810-0041 福岡市中央区大名2-6-36
TEL 092-771-1621
FAX 092-771-1614

小郡三井医師会より

担当理事 廣瀬真恵





2005年5月19日

福岡県医師会

会長 竹嶋 康弘 殿

第17回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 実行委員会

実行委員長 岩本 仁

医療部会長 竹内 康順

医療副部会長 宮崎 勝徳

第17回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 医療体制について

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

1989年アジア太平洋博覧会の参加事業として第1回を開催いたしました「アジア太平洋子ども会議・イン福岡」も、今年で第17回目を迎えることとなりました。これもひとえに皆様方のあたたかいご支援・ご協力のおかげと厚く感謝いたしております。

さて、今年度は昨年に引き続き招聘国・地域に加え、中国大連市より招聘することとなり、2005年7月13日から7月27日の全15日間の日程で、全34カ国・地域45団、328名のこども大使、46名のシャペロン（引率者）、約20名のピース大使（過去のこども大使）が来福する予定です。海の中道青少年海の家での交流キャンプやホームステイ、学校訪問、全参加者によるパフォーマンスイベント等、様々なプログラムを通して、アジア太平洋地域の参加者と福岡の人々が新たな国際交流の掛け橋となってくれることを切に希望しております。

実行委員会一同、医療体制におきましては万全を期して本番に臨めるよう努力いたしております。つきましては、当事業への趣旨をご理解頂き、会議開催中の参加者のけが・病気発生に対してスムーズに対処し、全員をたくさんの思い出とともに無事本国へ返せるよう何卒ご協力をお願い申し上げます。

以上、略儀ながらご挨拶方々お願い申し上げます。

敬具

《添付資料》

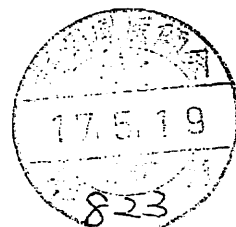
- | | |
|------------------------------------|----|
| 1. 第17回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 事業計画書<第1版> | 1部 |
| 2. 第17回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 スケジュール | 1部 |
| 3. 第16回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 記念誌 | 1部 |
| 4. 医療のしおり（ホストファミリーへ配布） | 1部 |

<NPOアジア太平洋子ども会議・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: 峯 久美子



第17回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 (APCC)
スケジュール

2005 年5月9日現在

実施時期		主 な 行 事		
2004 年 10 月				第 17 回年度
11 月	通常理事会・総会(報告・決算、新年度事業計画概要)、JCI 世界会議(バンガラ第 3 回子ども大使ティティ(Tithi)他世界子ども会議参加者来福) アジア学長会議(APCC 過去参加者 5 名来福)			
12 月				
2005 年 1 月				学校冬休み
2月				
3月	派遣事業(スリランカ、タイ、モンゴル、韓国、ニュージーランド)			学校春休み
4月	FUNFANプロジェクト(16 日) in エルガーラホール 支援チャリティゴルフ会(27 日) in 麻生飯塚ゴルフ倶楽部			
5月	博多どんたく(3 日)			
6月				
7 月	ホストファミリーのつどい(都久志会館)			
7月(期間中) 				

*シャペシン=シャペロンシンポジウム

派遣事業概要

・春休み期間中に日本の子ども達(小学4年~中学3年)を公募して実施。1カ国あたり約15名の団員を派遣予定。

＜派遣予定国＞ 韓国、タイ、モンゴル、ニュージーランド、スリランカ

招聘事業概要

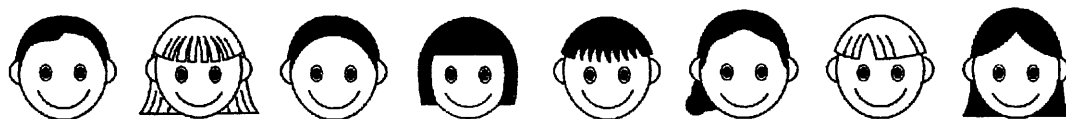
期間 2005年7月 13~27 日

招聘国数 (34)ヶ国・地域、45 団

招聘人数 こども大使 (328)人、シャペロン (46)人

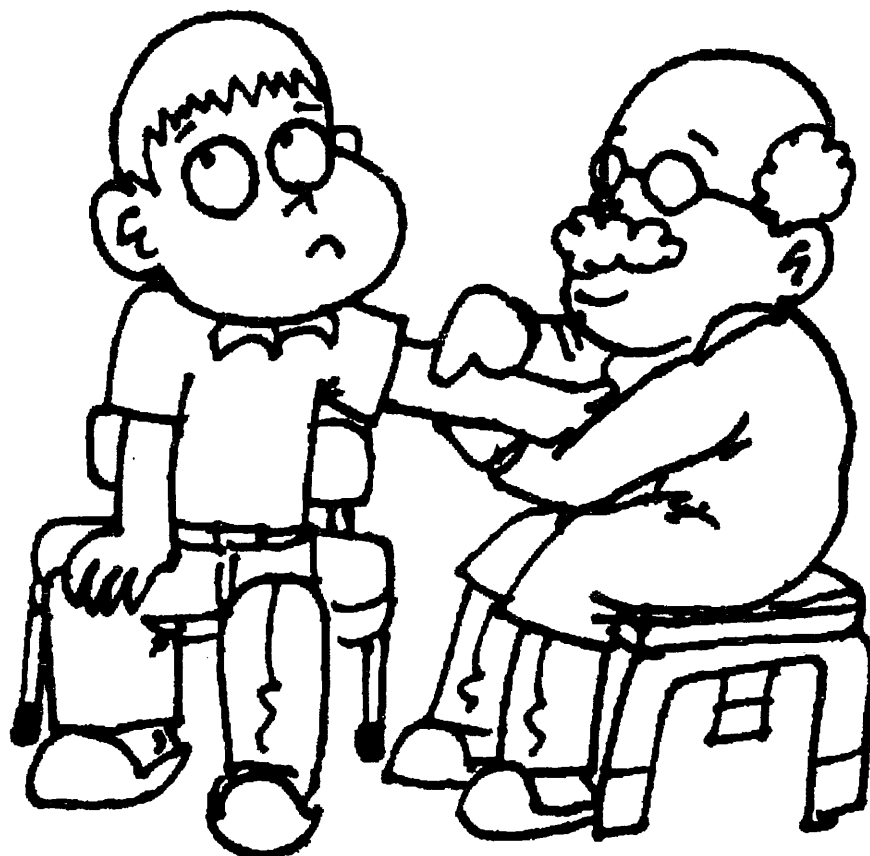
ピース大使 (20)人 合計 (404)人

We are the BRIDGE



第17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、こども大使のシャペロン、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の診察により、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：峯(ミネ)

TEL：092-734-7700/FAX：092-734-7711

◆あいおい損害保険株式会社 福岡支店 営業第3課

担当：満永

★医療費請求用紙郵送先 〒810-0041 福岡市中央区大名2-6-36

TEL：092-771-1621

FAX：092-771-1614

Medical Certificate 医療診断書

ID No: _____

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): ____/____/19	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。

using and the condition for which it has been

Condition or Symptoms (病気または症状)	Medication (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》

あいおい損害保険 株式会社

福岡支店 営業第3課 担当：満永

〒810-0041 福岡市中央区大名 2-6-36

TEL: (092) 771-1621 FAX(092) 771-1614

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 17 年	月	日		午前・午後	時	頃
治療期間	平成 17 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 17 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。症状によっては診療報酬明細の添付をお願いする場合があります。

NPOアジア太平洋子ども会議・イン福岡 医療部会 担当：峯（ミネ）

〒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》

あいおい損害保険 株式会社

福岡支店 営業第3課 担当：満永

〒810-0041 福岡市中央区大名 2-6-36

TEL: (092) 771-1621 FAX(092) 771-1614

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 17 年	月	日	午前・午後		時頃	
治療期間	平成 17 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							
本用紙に必要な事項をご記入後、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：峯（ミネ）

〒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

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
◆独立医療法人国立病院機構 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

※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 ^{メディカル 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：峯)

〒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