

福岡医発第675号(地)

平成20年 6月13日

各 医 師 会 長 殿



福岡県医師会
会長 横倉 義 武
(公印省略)

「第20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いるところで、今年は7月9日から25日の全17日間の日程で、全33カ国・地域44団、316名の子ども大使達が来福し、福岡市及びその周辺に於いて「第20回アジア太平洋子ども会議・イン福岡」が開催される予定となっており、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20年6月12日開催の本会第8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ご高配方よろしく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20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 (メディカルシertificate) 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、富士火災海上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 》

富士火災海上保険株式会社 福岡支店 営業第2課 担当：近藤

〒810-8637 福岡市中央区大名2-4-35

TEL 092-712-0495

FAX 092-731-7699

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
地域保健副担当理事 毛利康茂
会長 丸山 泉



2008年6月10日

(社) 福岡県医師会 御中

第20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 廣田 稔

医療部会長 吉田 優貴雄

(公印省略)

第20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20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、本年度は7月9日から25日までの日程で、33カ国から44団、計316名の子ども達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、全参加者による交流イベント等、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20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20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19回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 | 記念誌 | 1部 |
| 4. 第20回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 | 医療のしおり | 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: 青柳 真由美

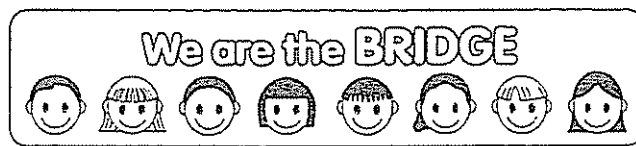
第20回アジア太平洋子ども会議・イン福岡 (APCC)
スケジュール

実施時期			主 な 行 事		
7月	8	火	(スクール型)	(コミュニティ型)	(ピース大使プログラム)
	9	水	設営	設営	
	10	木	入国	入国	入国
	11	金	入国	入国	入国
	12	土	入国(AMまで) 入国(AMまで)		入国(AMまで)
	13	日	交流キャンプ(12日:シャペシン)		
	14	月	キャンプ(研修)	キャンプ(研修)	
	15	火	キャンプ(であいの日)HS	キャンプ	
	16	水	学校登校(終日) HS	キャンプ(であいの日)HS	
	17	木	学校登校(終日) HS	HS	
	18	金	学校登校(半日) HS	HS	
	19	土	パフォーマンスステージ		
	20	日	HS	HS	
	21	月	こども交流イベント／未来ビジョン発表会		
	22	火	HS	HS	
	23	水	帰国	帰国	帰国
	24	木	帰国	帰国	帰国
	25	金	(帰国)	(帰国)	(帰国)

終業式・夏休み

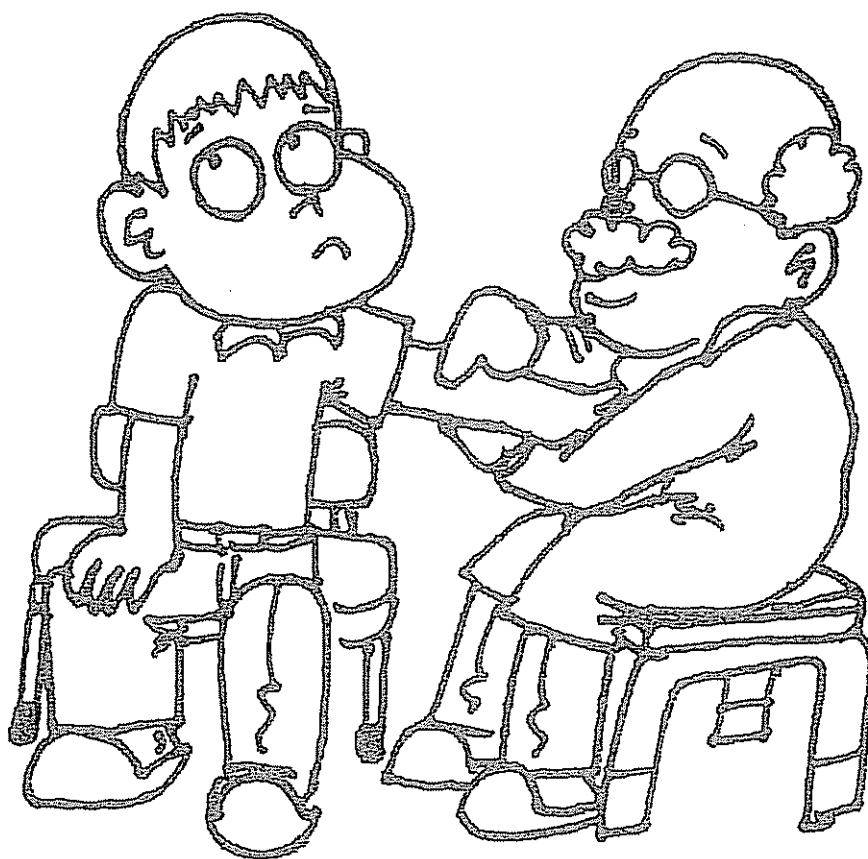


- * 12 日 シャペロンシンポジウム 13:30～19:00(予定)／福岡ガーデンパレス
- * 14 日 シャペロンエクスカーション
- * 19 日 パフォーマンスステージ 10:00～16:00／大丸パサージュ広場
- * " エナコロジー・こども国際フォーラム 13:00～16:00／イムズホール
- * 21 日 こども交流イベント 13:00～18:00／福岡国際センター
- * " 未来ビジョン発表会 15:00～16:30／福岡国際会議場



第20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あるかもしれません。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をして下さい。

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（但し、保険金額の範囲内）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。p4とp5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師の診察により、記入してもらっているものです。

現地窓口より到着次第、皆様に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し、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。したがってホストファミリーが窓口で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p6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を郵送されても、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：青柳

TEL：092-734-7700/FAX：092-734-7711

◆富士火災海上保険株式会社 福岡支店 営業第2課

担当：近藤

★医療費請求用紙郵送先 〒810-8637 福岡市中央区大名2-4-35

TEL：092-712-0495

FAX：092-731-7699

MUST BE COMPLETED IN ENGLISH BY A QUALIFIED PHYSICIAN

※Please leave no blank spaces.

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	Shoe Size (靴のサイズ): _____ cm

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 of last symptoms
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		
Chicken Pox 水ぼうそう		

見本

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 that your patient is currently using and the condition for which it has been prescribed, especially if any medical equipment is used. (inhaler, etc.) 治療中の場合、病状と処方箋を述べて下さい。

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

IV. Immunization History 予防接種歴: Please indicate whether the patient has already been immunized or 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	infected Date 既往日	immunized Date 接種日	Vaccination 予防接種	infected Date 既往日	immunized Date 接種日
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: Please give information about any conditions that restrict your patient's movement. 詳しく記入して下さい。

VI. Travel Related Conditions 旅行関係: Does your patient suffer from travel sickness or inner ear problems?

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.

I authorize the applicant as healthy and do not anticipate problems in participating in any activities of the 20th APCC Invitation Project. この参加者は第20回APCCの招聘事業に参加するにあたり、心身ともに問題ありません。

Examined by (print name)..... Date of Examination.....

Doctor's Signature.....

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 : 3 0 ～翌日午前 6 : 3 0	内科・小児科
土曜	午後 7 : 0 0 ～翌日午前 7 : 3 0	内科・小児科
休日 (日曜・祝日)	午前 9 : 0 0 ～翌日午前 7 : 3 0 (※眼科・耳鼻咽喉科は 午後 1 1 : 3 0 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) p4～5 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

※医療機関を利用した際は、必ず下記こども会議事務局までご報告願います。(P. 6)

《連絡先》NPOアジア太平洋こども会議・イン福岡 (担当：青柳)

〒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

《郵 送 先》

富士火災海上保険株式会社

福岡支店 営業第2課 担当：近藤

〒810-8637 福岡市中央区大名 2-4-35

TEL: (092) 712-0495 FAX(092) 731-7699

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 20 年	月	日	午前・午後	時頃		
治療期間	平成 20 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 20 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：青柳
〒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》

富士火災海上保険株式会社

福岡支店 営業第2課 担当：近藤

〒810-8637 福岡市中央区大名 2-4-35

TEL: (092) 712-0495 FAX (092) 731-7699

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 20 年	月	日		午前・午後	時	頃
治療期間	平成 20 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 20 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：青柳
〒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。

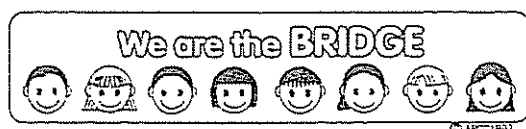
＜医療機関 利用報告用紙＞

FAX:092-734-7711

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 20 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:青柳



—その他の事項—

●海外旅行傷害保険について●

旅行中に発生したケガ、病気については保険適応が可能です。それ以外の疾病(例として…歯科治療・持病の悪化、便秘、他覚症状のないむちうち症、腰痛)などは保険適応外となります。

このような症状で歯科や病院を受診される際には治療費が自己負担となりますので受診前に参加者へよく確認してください。また、受診者がこども大使の場合にはシャペロンにも症状・治療費負担の確認をお願い致します。

近年、渡航中やキャンプ、ホームステイ期間中の水分不足が原因で便秘になり、腹痛(便秘)を訴える参加者が増えています。ホームステイ期間中にはこまめな水分補給・体調管理をお願い致します。

(上記の情報は事前に参加者には伝えてあります。)

保険適応の可否など、ご心配な点は APCC 実行委員会までお問い合わせください。

●頭ジラミに関して●

日本入国前に発見されている場合は、自国において、できる範囲の駆除をしてくるよう各国窓口へ連絡をしております。また到着後に発見された場合にはマリンハウス滞在中に専用シャンプーの使用を行い駆除の対応をしております。マリンハウス退館時には、使用途中のシャンプーをホストファミリーさんにお渡しします。

●こども達の爪を確認してあげてください●

よく見てみると、「足の爪を伸ばしたまま」になっているこども大使がいます。(キャンプ中に気がついた際には切るように指導しています)また、日頃、コンクリートの上を歩きなれていないこども大使は裸足で活動中にケガをしやすい様です。そのままにしておくと、遊んでいるときやプールの際に爪が剥がれる、割れる、など、とても痛い思いをすることになってしまいますので気がついた際には切らせておくようお願い致します。

●外出の際には帽子の着用、水筒を忘れずに●

熱中症や熱射病を予防するためにも帽子の着用、こまめな水分補給を行いましょう。水分不足による腹痛や便秘の予防にもなります。

●その他●

ホストファミリーさんのご家族のどなたかが人にうつる病気(水ぼうそう、おたふくかぜ、はしかなど)にかかった場合は、APCC 実行委員会にお知らせください。