



福岡医発第 809号
平成24年 6月21日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

「第24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を通じ各会員医療機関へご協力いただいているところですが、今年は7月13日から25日までの日程で、全32カ国41地域から214名のこども大使達が来福し、福岡市及びその周辺に於いて「第24回アジア太平洋こども会議・イン福岡」が開催される予定となっており、招聘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24年6月20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も協力することといたしました。

つきましては、貴会会員への周知方並びに協力につき、ご高配方よろしくお願い申し上げます。

記

1. 海外からの参加者は、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、参加者がけが及び病気にかかった際は、別添「第24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P4 (病院用)・P5 (薬局用)、医療診断書 Medical Certificate (メディカルシertificate) を持参し、ホストファミリーと一緒に医療機関に来られます。
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、医療機関より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



2012年6月18日

社団法人 福岡県医師会 御中

第24回アジア太平洋こども会議・イン福岡 実行委員会

実行委員長 毛利 文彦

(公印省略)

第24回アジア太平洋こども会議・イン福岡
医療体制について(ご協力のお願い)

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

アジア太平洋こども会議・イン福岡 (APCC) は、1989年の福岡市制百周年記念事業「アジア太平洋博覧会ーよかトピア」の参加事業として(社)福岡青年会議所が開始して以来、アジア太平洋地域の11歳のこども達を“こども大使”として福岡に招聘する福岡恒例の「こども国際交流事業」として定着、成長してまいりました。

第24回を迎える今年度は、7月13日から25日の日程で、32カ国41地域から214名のこども達の招聘を予定しております。今年度は、こども達同士の心と心を結ぶ交流の継続を推進し、より一層の福岡県民、福岡市民の支援者・協力者の拡大に力を入れた活動をしていきたいと考えております。同時に、再来年に迎える25周年に向けて、これまで蓄積したノウハウやデータの活用と利用促進を考えていく所存です。

招聘期間中の医療体制におきましては、実行委員会一同で万全を期して本番に臨めるよう現在準備を進めております。

つきましては、当事業への趣旨をご理解いただき、開催期間中の参加者のけが・病気発生に対してスムーズに対応できるよう、会員の皆様へのご周知と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。

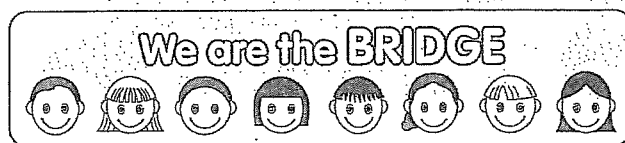
敬 具

《添付資料》

1. 第24回アジア太平洋こども会議・イン福岡 事業計画書 <第2版>
2. 第23回アジア太平洋こども会議・イン福岡 記念誌
3. 第24回アジア太平洋こども会議・イン福岡 医療のしおり

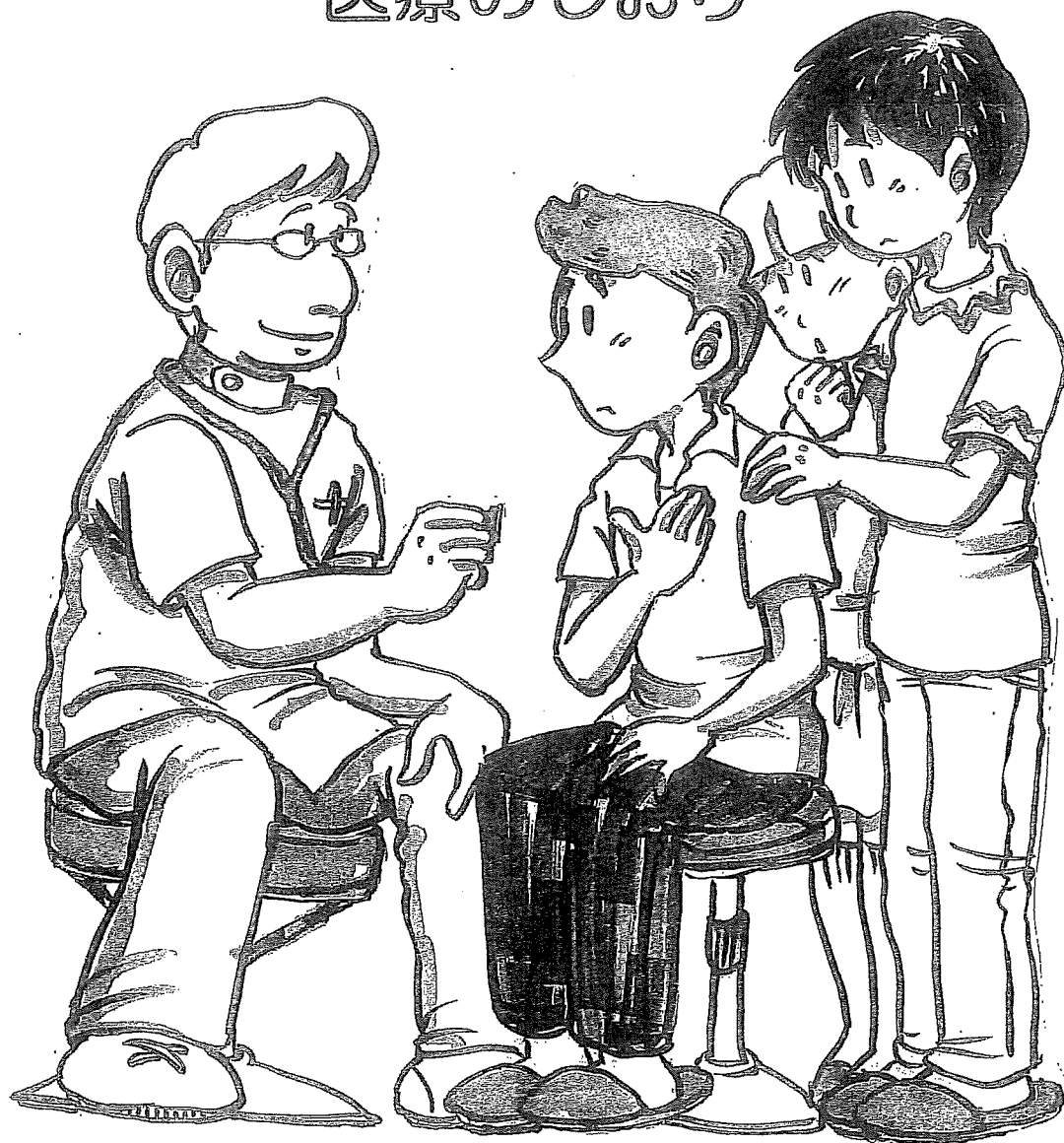
<NPOアジア太平洋こども会議・イン福岡>
〒810-0001 福岡市中央区天神 1-10-1 市役所北別館 5 階
TEL : 092-734-7700 FAX : 092-734-7711
医療対応特別チーム 担当: 小林/峯





第24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、シャペロンやAPCC事務局へ連絡をして、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。(県と市の医師会・薬剤師会を通して、加盟医療機関にはお知らせしています)

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。)

※ 特に感染性の病気にかかった場合は、すみやかにこども会議事務局へご連絡ください。

＜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：小林/峯

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

Medical Certificate 医療診断書

APCC ID No. _____

Must be completed in ENGLISH and BLOCK LETTERS by a qualified physician

Name (名前)					
Name of Country Region (国・地域)					
Sex (性別)		☐ M (男) ☐ F (女)			
Date of Birth (生年月日)		Month		Date	Year
Blood Type (血液型)		RH factor:			
Normal Blood Temperature (基礎体温)				Height (身長)	cm
Weight (体重)		kg		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. 下記あるいはその他の病歴があれば、記入して下さい。

Condition 病名	Details 詳細	Date of last symptom 最後に発症した日	Condition 病名	Details 詳細	Date of last symptoms 最後に発症した日
Asthma 喘息			Tuberculosis 結核		
Diabetes 糖尿病			Cancer がん		
Malaria マラリア			Chicken Pox 水ぼうそう		
Ear Infections 耳鼻疾患					

II. 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下さい。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			BCG (Tuberculosis) 肺結核		
Mumps おたふく風邪			Hepatitis B B型肝炎		
Rubella 風疹			Japanese Encephalitis 日本脳炎		
Polio ポリオ			Influenza A(H1N1) 新型インフルエンザ		
Tetanus 破傷風					

III. Allergies アレルギー: Please list anything that your patient is allergic to. 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。

IV. 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.	

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 24th APCC Invitation Project. この参加者は第24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、まずはお近くのかかりつけ医のところへ行かれて下さい。

福岡市・福岡県の救急対応については、下記を参考にしてください。

◆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

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) p4～5 コピーして

②医療診断書 ^{メディカル サートیفিকেイト} 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：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
(期間中は24時間スタッフが対応します)

病院

《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 24 年	月	日	午前・午後		時頃	
治療期間	平成 24 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 24 年 月 日						
振込先							
銀行名 _____ 支店名 _____ 支店							
口座番号 _____ (普通／当座)							
(フリガナ)							
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 医療担当：小林／峯

〒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

薬
局

《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 24 年	月	日		午前・午後	時頃	
治療期間	平成 24 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 24 年 月 日						
振込先							
銀行名							
支店名							
支店							
口座番号							
(普通／当座)							
(フリガナ) 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 医療担当：小林／峯

〒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
ス
ト
フ
ァ
ミ
リ
ー

《郵送・FAX 送付先》

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 5F
TEL: (092) 734-7700 FAX (092) 734-7711
医療担当: 小林／峯

NPOアジア太平洋こども会議・イン福岡

We are the BRIDGE



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。

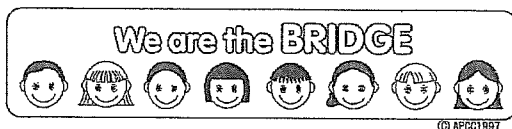
＜医療機関 利用報告用紙＞

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24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
医療担当: 小林／峯



—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が、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・治療費自己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に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最低 1 回は駆除の対応をしておりますが、完全駆除に至っていない場合もあります。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ので、ホームステイでもシャンプー使用のご協力をお願いします。

●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。

●感染性の病気感染拡大防止のために●

ホームステイ直前やホームステイ期間中、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、インフルエンザなど)にかかった場合は、参加者間の感染拡大を防止するため、すみやかに APCC 実行委員会にお知らせください。

ホームステイ中、こども大使やシャペロンピース大使がインフルエンザはもちろん、その他病気やけがをした場合にも APCC 実行委員会にお知らせください。