

参加者各位

ケア付き青森ねぶた実行委員会
実行委員長 紙屋 克子
(公印省略)

健康アンケートご記入のお願い

じょっぱり隊では、参加者の健康保持と運行中の安全確保のため、事前の「健康アンケート」を実施しております。

このアンケートは参加される方がじょっぱり隊の全日程を、安全に楽しくお過ごしいただくよう、私どもがあらかじめ承知しておいたほうがよいと思われる項目についてお尋ねするものであり、他の目的に使用することは一切ございません。

活動中は、医療班医師及びじょっぱり隊事務局（および医療班）の管理の下に保管し、お帰りになる日まで、参加者の健康管理のための参考資料とさせていただきます。

ご記入に際しては、アンケート用紙の“ご注意”をよくお読みいただき、全項目についてできるだけ正確かつ詳細にご記入くださいますよう、お願い申し上げます。
また、必要に応じて、医療班医師から医療機関もしくは入所施設へ、意見を参考徴収させていただくこともございますので、ご了承ください。

なお、ねぶた運行中、医療班も同行して、参加者の健康管理に当たりますが、サポート体制を勘案しながらも、当日の天候気温等や諸状況の変化において、医療班医師が判断した場合には、原則として、運行途中でも、退陣（祭り隊列から外れて）、休養していただくこととなりますので、あらかじめご了承下さい。

ケア付き青森ねぶた“じよっぱり隊”健康アンケート

ふりがな 参加者氏名		性別	男・女
生年月日	(大正・昭和・平成)	年 月 日生	[満 才]
身長	cm	体重	kg

1. 現在、医師の定期的な診療・治療を受けている病気（心疾患、呼吸器疾患、腎疾患、糖尿病、腫瘍など）がありますか？

・いいえ ・はい (病名：)

(症状：)

(発症原因：)

2. 現在、常用している医薬品はありますか？また、医師から投薬をうけていらっしゃいますか？その場合はその薬品名及び摂取量を箇条書きにしてください。

(全日程を通して必要なお薬はご自分で持参されるようお願いいたします。)

服薬の情報については、是非ご記入いただきますよう、重ねてお願いいたします。様式については、問いません。処方箋の写しでも、結構です。

・いいえ ・はい (薬品名／摂取量：)

(薬品名／摂取量：)

(薬品名／摂取量：)

3. 過去に病気に罹り、医師の治療を受けたり、入院や手術をしたことがありますか？

(例) 心疾患、脳梗塞、脳出血、呼吸器疾患、腎疾患、糖尿病、腫瘍、けいれん発作などやその他医療班にあらかじめ知っておいて欲しいと思われる病歴など。

・いいえ ・はい (いつ頃：)

(病名：)

(症状：)

6-1. 入浴についてお尋ねいたします。

ホテルのユニットバスで入浴ができますか？

- はい
- いいえ

普段の入浴方法：(例) チェアー浴・機械浴など

6-2. 入浴に何らかの援助が必要ですか？

- いいえ
- はい

(援助内容：)

6-3. 8月2日、8月3日は入浴を希望されますか？

※原則として、入浴とシャワー浴となります。清拭の対応はご家族にお願いいたします。

• 8月2日 • 入浴する • シャワー浴 • 入浴しない

• 8月3日 • 入浴する • シャワー浴 • 入浴しない

6-4. その他入浴に関して、注意が必要なこと、ご要望等ございましたらお知らせください。

7-1. 排泄についてお尋ねします。排泄の介助は必要ですか？

- いいえ
- はい (介助内容：)

7-2. 習慣化された時間帯の有無：

7-3. ホテルにより、トイレやユニットバスの配置、つくりには違いがありますので、不便のある場合にはご相談ください。

8-1. モーニングケア（起床時の援助）について、ご希望がございましたら、ご記入ください。
例）着替え、洗顔、整容、ベッドからの移乗等
※モーニングケアは6時より行います。

8-2. ナイトケア（就寝時の援助）について、ご希望がございましたら、ご記入ください。
例）着替え、ベッドへの移乗等
※日常的にクッション等をご使用の際は、ご持参いただきますようお願いいたします。

※深夜（0時～6時）の排泄及び体位交換につきましては、ボランティアでの対応は出来ません。
お困りの際は、事前にご記入ください。

その他

コミュニケーション方法	
身体状況：拘縮の有無と部位、麻痺の状態等	
呼吸：気管切開、吸引の有無、頻度 吸入の有無／時間、回数 *吸引が必要な場合は出来る限り、吸引機のご持参をお願い致します。	

今回のジョブぱり隊参加に先立って、医療班の医師や事務局があらかじめ知っておいたほうがよいと思われることがあればお知らせください。

※次ページの注意事項をご一読の上、ご署名をお願いします。

ご注意：

- * ご提出いただいた「健康アンケート」については、ねぶた参加中の健康保持と安全確保のため、個別に聞き取り調査を実施させていただくことがありますので、ご協力ください。

- * 事務局に「健康アンケート」をご提出いただいた後、ねぶた参加までにご自身の健康状態に大きな変化があった場合は、ねぶた参加について主治医の判断を仰いだ上、必要な場合は診療情報等のご提出をお願いいたします。

- * アンケート調査または聞き取り調査の内容によっては、事務局の判断でじょっぱり隊へのご参加をお断りするか、ご同伴者のお付き添いを条件とさせていただく場合があります。

- * お知らせしただけでなかった既往の疾病・障害により、運行参加の続行が困難であると医師または事務局が判断したときは、運行途中でも、退陣（祭りの隊列から外れて）、休養していただくこととなります。

- * 野外活動ですので、十分な栄養が取れている健康状態、運行時間・移動時間・待機時間等を含めて 4～5 時間ほどの座位が取れることが必要です。

- * じょっぱり隊への参加決定後、診断書のご提出をお願いすることもございますので、ご協力ください。

- * 参加の可否につきましては、実行委員長・医師を含む医療班と事務局を中心に『参加体制調整会議』を開催し、6月15日前後にお返事差し上げますので、ご了承ください。

同意書

ケア付き青森ねぶた実行委員会
実行委員長 紙屋 克子 殿

私共は、ケア付き青森ねぶた活動について、その趣旨、ボランティアによる支援方法であることについて十分に説明を受け、質問にも答えていただきましたので、ケア付き青森ねぶたに参加することを同意します。また、この同意は私共の自由意志によるものであり、参加中は事務局ならびに医療班担当者のアドバイスに従い、安全に楽しく参加したいと思います。

平成 年 月 日

住 所

氏 名 (参加者本人)

印

氏 名 (家族・付き添い)

印

ケア付き青森ねぶた活動の参加について、書面及び口頭により、
平成 年 月 日に説明を行い、上記のとおり同意を得ました。

説明者 ケア付き青森ねぶた じよっぱり隊事務局

氏 名

印