

●【動画配信】 視聴を希望する場合、○をつけてください。(講演動画の視聴URLをお送りします。)

動画 ※注1	「医療機器を使用しているお子さまの災害時の電源確保について」	()
-----------	--------------------------------	----------

●【会場参加】 参加を希望する場合、○をつけてください。

会場参加 ※注2	「オリジナルポンチョづくり&ミニ交流会」	()
	交流会で聞いてみたいことや話したい内容をご記入ください。	

●太枠の内容についてご記入ください。(動画配信・会場参加いずれの場合も記入)

記入日:令和7年 月 日

フリガナ	生年月日		相談会の参加状況	
お子さまの 氏名	平成 年 月 日 令和		☐ 初めて申し込む ☐ 過去の参加あり(R6・R5・R4・R3・それ以前)	
	住所	区	連絡先 (昼間連絡の つくところ)	TEL FAX
メールアドレス				
相談会を知った きっかけ	☐ 個別通知 ☐ 医療機関設置ビラ ☐ 保健師の紹介 ☐ 訪問看護師の紹介 ☐ ホームページ ☐ その他()			
病 名 合併症			発病年月	平成 年 月頃 (歳頃) 令和
医療的ケア の有無	☐ 無 ☐ 有(内容: ☐ 気管切開・ ☐ 人工呼吸療法・ ☐ 酸素療法・ ☐ 吸引・ ☐ 胃ろう・ ☐ 鼻腔栄養・ ☐ その他()			
学校・園・通園 施設等	☐ 未就園 ☐ 保育所 ☐ 幼稚園 ☐ 児童発達支援/放課後等デイサービス等(名称:) ☐ 地域の学校(☐ 通常学級・ ☐ 特別支援学級) ☐ 支援学校 ☐ その他()			
患者会の入会	☐ 無・ ☐ 有 (名称:)		保健福祉センター保健師との関わり	☐ 無 ・ ☐ 有

●以下は、会場参加の方のみご記入ください。

参加予定の方	本人・父・母・兄・弟・姉・妹・祖母・祖父・その他()			参加予定人数	()人
	きょうだいに参加する場合は ご記入ください。	フリガナ きょうだいの氏名:		きょうだいの 年齢:	()歳
ポンチョのサイズと個数	小:	個 (サイズ目安:縦79cm・横54cm)		(サイズについて) 小・大ともに縦はフード部分を含んだ着丈	
	大:	個 (サイズ目安:縦113cm・横94cm)			
参加に際しての 連絡事項	特になし・車いす、バギー等で参加・その他()				
手話通訳の希望	無・有 (開催日の2週間前までにお申込み下さい)				

(注1)動画配信における注意事項
・著作権を守り、講演の品質を維持するために、第三者への動画URLの共有や講演内容の録画・録音・撮影および資料の二次利用は禁止しています。
お申し込みをもってこの条件にご了承いただいたものとみなします。
・配信準備が整い次第、URLを送付します。動画視聴後のアンケートにご協力をお願いします(アンケートURLを送付します)。

(注2)会場参加における注意事項
・ポンチョはお子さま(本人、きょうだい含む)のみの提供となります。
・著作権を守り、講演の品質を維持するために、講演内容の録画・録音・撮影および資料の二次利用は禁止しています。
お申し込みをもってこの条件にご了承いただいたものとみなします。
・午前11時時点で台風接近等により大阪市内に暴風警報または特別警報が発令されている場合は、開催を中止します。
また、大阪市内で震度5弱以上の地震が発生した場合は、中止することがあります。
・今後の保健師による支援の参考のため、この「申込書」と参加日の記録の写しをお住まいの区の保健福祉センターへ送付します。
・お車でお越しの方は、あべのメディックス地下駐車場(有料)をご利用ください。
料金:1台につき30分毎に250円、当日営業時間内に限り3時間を超える利用は最大1500円
障がい者割引:詳しくは駐車場管理室までお尋ねください。(06-6634-9381)

<※以下、保健所記入欄>

受付日	予診	来所者
		本人・父・母・兄 弟 姉 妹 ・()