

松原湖バイブルキャンプ2023夏 問診票 (奉仕者用)

この度は、松原湖バイブルキャンプ奉仕者としてお申込みいただき、感謝します。

ご奉仕が祝福されますよう、お祈りしています。

キャンプは全国各地から人が集まるため、各自、感染に気をつけて行動をお願いします。
キャンパー同様、体調不良時には奉仕の場を離れ、帰宅となります。責任ある奉仕中であっても、
体調に不安がある場合は早く申し出てくださり、ナースにご相談ください。

キャンプ前から皆様のご協力を何卒よろしくお願いいたします。

<キャンプ場からのお願い>

※キャンプ3日前から、密を避ける等、感染リスクを避ける行動にご協力をお願いします。

※チェック期間中に風邪症状等がある場合は、必ずスタッフ（主事、PD、ナース）までお知らせください。基本、症状消失後24時間後のキャンプ来場可能としています。

※この問診票は、感染症の可能性やキャンプ中の体調管理のために参考にさせていただくものです。高校生以下の奉仕者は、保護者が正しい情報をご記入ください。普段、風邪症状に似た症状をお持ちの方は、問診時に、ナースにご相談ください。（乾燥のため、のどが痛くなりやすい・喘息があるので咳が出る、等）

こちらの用紙をプリントアウトしていただき、裏表記入し、
キャンプ場に到着後すぐに オフィス or ナースの問診を受けてください。
問診が終了しましたら、各々の持ち場に向かってください。

お名前 _____ 年齢 () 学年等 () 滞在期間 ()

教会名 _____ (教団名 _____) 平熱 _____ °C

<感染対策のために、キャンプ参加3日前からの体調チェックにご協力ください。>

日付	体温	同居者の症状	頭痛	喉の痛み	咳	鼻水	下痢	食欲不振	その他
8/3	36.3	○	×	○	×	×	×	×	なし
キャンプ当日									

※チェック表の症状の有無は○×で記載してください。(○：あり ×：なし)

コロナワクチン接種されましたか (はい・いいえ) → はいの場合 _____ 回

コロナワクチン最終日 _____ 年 _____ 月 _____

コロナウイルスにかかったことがありますか (はい・いいえ) 最終療養日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

インフルエンザワクチン接種日(最終日) _____ 年 _____ 月 _____

(この質問事項は、症状の判断に用いるもので、松原湖バイブルキャンプがワクチンを推奨しているわけではありません。)

※裏面の記載もよろしくお願いいたします

以下の記入をお願いします。また、薬を服用している方は、必ずご持参ください。 記入日： 年 月 日

項目	○をしてください	「はい」に○をした方は詳しくご記入ください	
現在治療中・経過観察中の病気やけがはありますか	はい・いいえ	病状・症状など： 主治医の指示：	
運動制限や緊急対応が必要になる疾患があるといわれたことはありますか。	はい・いいえ	病状・症状など： 主治医の指示：	
乗り物酔いはありますか。	はい・いいえ	→時々酔う・薬を飲めば酔わない・薬を飲んでも酔う	
頭痛をよく訴える	はい・いいえ	どんな時	対処法
腹痛をよく訴える	はい・いいえ	どんな時	対処法
下痢をしやすい	はい・いいえ	どんな時	対処法
熱を出しやすい	はい・いいえ	どんな時	対処法
じんましんが出ることもある	はい・いいえ	どんな時	対処法
便秘になりやすい	はい・いいえ	どんな時	対処法
草や木にかぶれやすい	はい・いいえ	どんな時	対処法
ハチにさされたことがある	はい・いいえ	回数（ 回）ハチの種類（ ） その時の症状：	
アレルギーがありますか	はい・いいえ	アレルギーの原因は何ですか どんな症状がありますか。 症状への対処法・気をつけること エピペンを持っている（はい・いいえ）	
喘息と診断されたことはありますか	はい・いいえ	最後の発作が起こった時期（ 年 月 日） 現在の様子（治療中・経過観察中・心配ない・その他） 対処法： 配慮点：	
持参する薬はありますか ☆未成年は必ずご記入ください。 成人の方は任意です。	はい・いいえ	薬品名 服用の方法	

※「症状が発生した場合」「病院受診が必要な場合」「帰宅が必要な場合」などキャンプ場から適宜ご連絡いたします。

緊急連絡先・お名前 電話番号 （続柄 ）

<その他、保護者の方からスタッフに伝えたいことがありましたらご記入ください>

（提出先：ナースまたはオフィス）