

東日本大震災・福島原発事故に伴い 香川に避難されてこられた皆様へ 健康・生活相談会のご案内

こんにちは。香川民主医療機関連合会です。この度、へいわこどもクリニックにおきまして、東日本大震災支援活動の一環として、健康・生活相談会を実施させていただくことになりました。

東日本大震災・福島原発事故にともない香川に避難されてこられました方々の健康相談や慣れない土地での生活に不安を抱えられている方の生活相談等を行いたいと思いますのでぜひ、ご参加ください。

なお、医師体制が厳しいため、現在のところ2月で実施できる日程は今回のみとなります。健康不安等に関するお問い合わせ等ございましたら高松平和病院・へいわこどもクリニックへご連絡ください。



健康・生活相談会の申し込みについて

●健康相談をご希望の方は、別紙の「健康・生活相談申込書」を当日へいわこどもクリニックまでお持ちください。

※申込書は、健康・生活相談に必要な情報提供となっています。

※なお、香川民主医療機関連合会及びへいわこどもクリニックは、健康相談のために得た必要な情報や健康相談内容につきましては、個人情報として取り扱い、相談者の同意なしに、第三者に開示・提供することはありません。

★今回は、保育スタッフを配置できませんのでご了承下さい。

日時：2月24日（日）

受付 9 時 30 分

相談会 10 時～12時

場所：へいわこどもクリニック

お問い合わせはへいわこどもクリニック 087-835-2026 へ。

クリニック駐車場・高松平和病院駐車場をご利用下さい。

実施団体：香川民主医療機関連合会

2月24日当日へいわこどもクリニックへお持ちください。

健康・生活相談申込書

へいわこどもクリニック・は健康・生活相談のために得た必要な情報や相談内容につきましては、個人情報として取り扱い、相談者の同意なしに、第三者に開示・提供することはありません。

(1) 健康・生活相談会の申し込みについて

- ① () 2月24日の健康・生活相談会に参加します。
- ② () 2月24日には参加できないため、同様の相談会等があれば日程案内を希望します。

※下記の野線内については、①の方はすべてご記入下さい。②の方は保護者お名前住所のみご記入下さい。

②の方はへいわこどもクリニックへ郵送していただいてもかまいません。

健康・生活相談を希望される方の情報	ふりがな		
	お名前		
	生年月日	平成 年 月 日 () 歳	平成 年 月 日 () 歳
	性別	男 ・ 女	男 ・ 女
	ふりがな		
	お名前		
	生年月日	平成 年 月 日 () 歳	平成 年 月 日 () 歳
	性別	男 ・ 女	男 ・ 女
連絡先	お名前	住所	
	電話番号		

へいわこどもクリニック
住所 〒760-0073
高松市栗林町 1-4-11
電話 087-835-2026



(2) 問診票

問診票は検診および相談会に使用するものですので、他の目的に使う物ではありません。個人情報として管理し、香川民主医療機関連合会の医師と関係者以外には公開する事はないので、安心してご記入下さい。

記入日 年 月 日

氏名：

連絡先電話番号：

1)避難者情報

1.どちらから避難されてきましたか？(都道府県、市、町まで)

2. 3月11日-4月中旬までの滞在していた場所をお書き下さい。

3.乳幼児の場合、母乳ですか？粉ミルクですか？

4.避難される前に気をつけていた事がありますか？(例マスク着用、食べ物等)乳幼児の場合はお母様が気をつけていたことも書いて下さい。

5.避難前の平均外出時間はどれくらいでしたか？

6.家の回りの放射線量はどれくらいでしたか？室内、室外の線量がわかればお書き下さい。(機器名も)

7.香川にはいつ避難されましたか？

8.家族構成は？

9.香川に滞在されている家族構成

10.年齢と学年できれば氏名と学校名もお書き下さい。

2)香川での生活について

11.香川の生活には慣れましたか?環境の違いから困っている事はありませんか?

はい いいえ

12.ある場合、具体的に書いて下さい。

13.ご家族全員香川に同居していますか?

はい いいえ

14.ご家族が離れているために、心配されていることはありますか?

はい いいえ

15.ある場合、具体的にお書き下さい

3)身体のことについて

16.慢性の病気をお持ちですか?

はい いいえ

17.通院の必要がある場合、香川でも通院されていますか?

はい いいえ

18.通院していない場合、病院の紹介、薬の処方を希望しますか?

はい いいえ

19.震災後、自覚症状はありませんか?

はい いいえ

20.ある場合、どのような症状ですか?

21.ある場合、どなたに相談されましたか?どのような対応でしたか?

22.医師に診断または相談を希望しますか?

はい いいえ

23.医師に質問したい事がありますか?

はい いいえ

どのようなことか具体的に書いて下さい。

4)心のことについて(乳幼児の場合、回答できない所は何も選択しなくて結構です)

24.周囲に心を打ち明けられる人はいますか？

はい いいえ

25.カウンセラーに相談したい事はありますか？

はい いいえ

具体的に相談内容をお書き下さい

26.ストレスを発散する方法はありますか？

はい いいえ

27. (お子様の場合) 問題なく学校に通われていますか？

はい いいえ

28. (お子様の場合) いじめにあっていませんか？

はい いいえ

29. (お子様の場合) ある場合、どのような理由からですか？

30. (お子様の場合) 学校生活で困っている事はありませんか？ある場合具体的に書いて下さい