

氏名 _____

身体機能について記載してください。

移動手段	自分で歩行 ・ 装具をつけて歩行 ・ 杖を使用 その他（ ）
	車椅子使用の方 ： 車椅子の種類（ 自走式 ・ 電動 ） 車椅子の使用 （ 自走可 ・ 要介助 ）
移乗	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
食事	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
トイレ	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
入浴	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
洗髪	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
着替え	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）

その他お手伝いが必要なことがありましたら記載してください

医療的ケアについて、必要なもの及びセルフケアの状況を記載ください。

内服	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
注射	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
点眼	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
薬剤名	
義眼ケア	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
排泄コントロール	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）
着替え	自立 ・ 見守り ・ 介助 （具体的に ）

お薬の管理等ご希望があればお書きください。

けがや発熱等の際、原則的にキャンプに同行している医師に対応を一任いただきます。病院を受診する等の際には、事前に連絡をするようにしますが、万が一連絡がつかなかった場合には一任いただき、追って連絡をいたします。

☐ 同意します。

その場合の留意点(薬剤のアレルギー等) 具体的に：

☐ 簡単な処置や投薬についても保護者に連絡してから対応してほしい。

全体を通して、伝えておきたいことや、心配なことがあれば、自由にお書きください。

SMS2018 食事確認シート（未成年の方は必ず保護者の方がご記入ください）

氏名

以下の情報は、（公財）がんの子どもを守る会にて管理し、食事提供者である「キープ自然学校」に情報提供する以外の目的では一切、使用いたしません。

アレルゲンで避けている食品名をお書きください。

※上記食品のアレルギー症状の程度についてアナフィラキシーショックがありますか。
はい・いいえ （どちらかに○をしてください。）

●各食品について、除去の程度をお知らせください。

①完全除去 ②生のみ避ける ③半熟のみ避ける ④パン、つなぎ、原材料混入は可能 ⑤加熱してあれば可

●「肉類や魚類」を記入された方にお伺いします。（当てはまるものに○をしてください。）

①スープ、出汁、エキスを避けている ②スープ、出汁、エキスは可

●その他必要なことがありましたら記載してください。

食品アレルギーや、食事に関する制限について、お子さんの認識・状況を教えてください。（当てはまるところにチェック）

☐一人で認識可能 ☐大人の確認が必要 ☐大人がすべて管理 ☐その他： _____

食事について、伝えておきたいことや、心配なことがあれば、自由にお書きください。