

ボランティア活動 一部再開のお知らせ

いつも当院のボランティア活動にご協力いただき、ありがとうございます。コロナウイルス感染症の状況を鑑み、当院でのボランティア活動を、7月中旬より徐々に再開してまいります。

今回再開する活動は、以下のとおりです。（※土・日は実施していません）

① 外来ボランティア

平日（月～金） 9：00～12：00、1日2名程度

内容：ご家族への対応（ご案内や挨拶活動）

② 保育教材作成ボランティア

奇数週 火・木曜日 10：00～12：00、1日3名程度

内容：病棟で使用する保育教材の作成お手伝い（場所：ボランティア室）

活動時は、以下の点に留意してください。

- ①活動前の健康チェック（自宅での検温とボランティア室でのチェック表記入）
- ②マスクを必ず着用し、手洗いや手指消毒を行う。
- ③活動者間の間隔をとる。
- ④体調不良な場合や、活動に少しでも心配や不安がある場合は活動をひかえる。
- ⑤ボランティア室での作業は少人数とし、換気を充分に行う。

対象者

- ・20歳以上の方
- ・1年以上継続して活動が可能な方
- ・原則、新型コロナウイルスワクチンを接種している方

申込方法

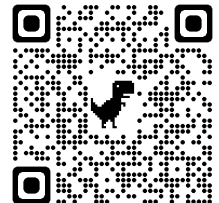
これまでボランティア活動をされていた方も、改めてお申込みください

ボランティア活動をご希望の方は、以下の手順に沿ってご応募ください。

①パソコンや携帯電話からのお申し込み

下記URLからアクセスいただくか、右の二次元バーコードを読み取りお申込みをおこなってください。

<https://forms.gle/Vx5mKU8mpjU9bubAA>



②郵送でのお申し込み

別紙1、及び別紙2をプリントアウトし、必要事項をご記入のうえ下記へお送りください。

〒813-0017 福岡市東区香椎照葉5-1-1 福岡市立こども病院 総務課

「**ボランティア活動申込書**」とご記載ください。

①、②どちらの方法で応募された場合でも、以下の書類のご提出が必要です


- ・流行性感染症に関する調査（別紙2）
- ・新型コロナウイルスワクチンの接種証明書（写し可）

活動開始前までに必ずご提出ください

その他

- ・活動再開日については、お申込みが完了した方へ個別にご連絡させていただきます。
- ・コロナウイルス感染症の流行状況により、今後も活動状況が変更になる可能性があります。ご了承ください。

令和4年 7月 1日
福岡市立こども病院



ボランティア登録から活動開始までの流れ

ボランティア活動 申し込み
(パソコン・携帯または郵送にて)

【ボランティア活動担当者】
お申込み内容の確認

◆これまでに当院でのボランティア活動経験がある方

ボランティア活動担当者より、活動日初日についてご連絡させていただきます。

◆当院で初めてボランティア活動をされる方

ボランティア活動について、説明いたします。
説明終了後、活動を始めていただきます。



福岡市立こども病院 ボランティア登録申請書（個人用）

別紙1

年 月 日

福岡市立こども病院

院長様

ふりがな		一般 (職業)
氏名		学生 (学校名 年)
性別	男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
現住所	〒 _____	
電話番号		
メールアドレス		
希望する 活動内容	① 外来ボランティア ② 保育教材作成ボランティア	
活動期間 及び活動日		
保険	ボランティア保険に 加入している ・ 加入していない	
緊急連絡先		
備考		

URLよりお申込みがお済みの場合、この用紙のご提出は必要ありません。

流行性感染症及び結核に関する調査

別紙2

当院では、はしか、水ぼうそう、風疹（三日ばしか）、おたふくかぜ、結核の院内での発生と感染拡大防止のため、関係者の流行性感染症及び結核に関する調査を行っています。お手数ですが、以下のアンケートにご協力ください。場合によっては、抗体検査またはワクチンの接種等が必要となることがあります。

提出日 年 月 日

ふりがな

1. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳 _____

2. 流行性感染症調査

	かかったことがありますか？	ワクチンを接種したことがありますか？
はしか（麻疹）	有り（ 歳頃） 無し 不明	1回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
		2回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
水ぼうそう（水痘）	有り（ 歳頃） 無し 不明	1回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
		2回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
三日ばしか（風疹）	有り（ 歳頃） 無し 不明	1回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
		2回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
おたふく風邪 （流行性耳下腺炎）	有り（ 歳頃） 無し 不明	1回目 有り（ 歳頃） 無し 不明
		2回目 有り（ 歳頃） 無し 不明

※必要添付書類：抗体検査（検査結果報告書をお持ちであれば、ご提出ください（コピー可））

3. コロナウイルスワクチンを接種された方は、以下にご記入下さい

ワクチン名	接種日	医療機関名
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※必要提出書類：コロナウイルスワクチンの接種証明書（コピー可）

4. その他に接種したワクチンがあれば、以下にご記入ください。

ワクチン名	接種日	医療機関名
	年 月 日	
	年 月 日	

5. 結核調査

- 1年以内に、1～2ヶ月せきがずっと続いたことがありますか？ 【 有り 無し 】
- 1年以内に、ご自身または周りの方（同居家族・学校等の集団）で結核の治療を受けたことがありますか？ 【 有り 無し 】

以上、ご協力ありがとうございました。

※感染対策室コメント欄

確認日： 年 月 日 サイ

- 抗体検査、ワクチン接種、胸部レントゲン検査の必要なし
- 右の抗体検査またはワクチン接種が必要
- 右の抗体検査が必要
- 右のワクチン接種が必要
- 胸部レントゲン検査が必要

- 麻疹
- 水痘
- 風疹
- 流行性耳下腺炎

感染対策室コメント：