

平成29年度障がい者スポーツ・レクリエーション教室
事前調査票

受講者氏名	
-------	--

1. 今までにかかったことのある疾患の番号に○をつけ、病名を()の中にご記入ください。

- ① 心臓疾患 ② 腎臓疾患 ③ 高血圧疾患 ④ 呼吸器疾患 ⑤ 伝染病疾患
⑥ 目・耳・鼻・のどの疾患 ⑦ その他の病気 ⑧ 特になし

[]

2. 現在かかっている病気があれば詳しくご記入ください。

病名 []

病状 []

主治医の許可 [有 ・ 無]

主治医の連絡先 [病院名 TEL:]

3. 障害の他に重複する病気等があればご記入ください。

[]

4. 服薬中の薬があればご記入ください。

[]

5. 日常生活動作(ADL)について該当するものに○をつけてください。

- (1)移動 ① 立位 (杖 ・ 松葉杖 ・ カナディアンクラッチ等 ・ 特になし)
② 車いす (地面けり ・ 片手 ・ 両手 ・ 電動 ・ その他)

- (2)更衣 ① 自分でできる ② 一部要介助 ③ 全面要介助

6. 教室参加の目的をご記入ください。

[]

7. 教室参加にあたり、特に知っていてほしいこと、注意してほしいこと等がありましたらご記入ください。

[]

8. 日頃行っているスポーツがあれば、ご記入ください。

[例:水泳 毎週水曜日、19～21時〇〇スイミングスクールに通っている。
スポーツクラブ(バスケットボールチーム)に所属し、毎週月曜日、19～21時練習を行っている。など]

9. 水泳教室の申込者のみご記入ください。(該当する番号に○をつけてください。)

- ① 水が怖い ② 水に顔をつけることができる ③ 浮くことができる
④ 手足を動かして前に進むことができる ⑤ 呼吸をしながら泳げる
⑥ 25m以上泳げる【種目]

※この事前調査票は教室での指導に際し、受講生の把握のため一覧表にして、指導スタッフに配布及び受講決定等の連絡用として使用します。