2019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（水泳教室用）

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〇をつけ、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．障がい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〇をつけてください。

（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．当てはまるものに〇印を付けてください。

① 水が怖い　② 顔をつけることができる　③ ひとりで浮くことができる
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 他の水泳教室・スイミングスクール等に通った経験がありますか。　ある　・　ない

7．教室参加の目的をご記入ください。

〔　　〕

8．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。

〔　　〕

9．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〕

※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。