令和3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. 主治医の情報をご記入ください。

主治医の許可　〔　有　・　無　〕

主治医の連絡先　〔病院名　　TEL：　　〕

3. 服薬中の薬があればご記入ください。

〔　　〕

4. 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

5. 教室参加の目的をご記入ください。

〔　　〕

6. 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。

〔　　〕

7. 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○○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。