

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(マリンスポーツ体験教室用)

受講者氏名

参加するにあたり、以下の項目についてご回答ください。

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. 参加される方の泳力等についてお尋ねします。該当するものに○をつけてください。【複数可】

- 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以上泳ぐことができる【種目: 】

6. 海に入るのは初めてですか。(○をつけてください。)

はい ・ いいえ

7. マリンスポーツを体験したことがありますか。(○をつけてください。)

はい ・ いいえ

(1)「はい」と答えられた方に質問いたします。

それは、いつ頃どのように体験しましたか。

【例】●●主催の教室、カヤック体験など

8. 参加の目的をご記入ください。

9. 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。

※この事前調査票は体験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。