

Let's swim with the handicapped and non-handicapped, Project.

小山市障がい者水泳教室 参加者問診票

参加者氏名 () 性別 男・女
名前よみ () 身長 (cm) 体重 (kg)

1. 住 所 県 市
連絡先(携帯：自宅) (- -)
2. 障がい名 ()
3. 今まで病気・ケガがあれば訓えてください。○をつけてください。
肝臓病・高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃潰瘍。その他 ()
4. 最近1年以内に健康診断、または病院受診した事がありますか？
ない・ある何のために受診しましたか？○をつけてください。
健康診断・病気・怪我その他 ()
病院受診で何か異常を指摘されましたか？
指摘内容 ()
5. 現在服用中の薬や健康食品あれば詳細に教えてください。

内服について自己管理できますか？○をつける。

ない・ある (何のくすりですか？ ()

6. 今までに薬や注射で身体に異常がおこりましたか？
ない・ある (何のくすりですか？ ()

※ ある方のみ

発疹・喘息発作・気分不良・嘔吐・意識消失・ショック状態・
その他 ()

7. 乗り物酔いはありますか？ ない・ある

8. 日常生活動作についてご記入ください。

- ①移動手段 自立 杖 車椅子・義足・装具・盲導犬 その他 ()
- ②食 事 自立 一部介助 全介助
- ③更 衣 自立 一部介助 全介助

～次項へ続く～

④入浴 自立 一部介助 全介助

⑤トイレ 自立 一部介助 全介助

⑥コミュニケーション手段 手話会話 要約筆記

⑨運動中又は終了後以下のような症状がでますか？

動悸・息切れ・不整脈・呼吸困難・胸の痛み・圧迫感

⑩スポーツ活動についてお答えください。

スポーツ活動を（している していない）

※している場合、種目とその頻度

例：陸上 1日2時間 週4日程度

⑪ 日常生活にて伝えたいこと、スポーツに関する所見リスク管理上留意点等、ご記入ください。

申し込み先 直接小山市水泳協会会長のメールに予約
メール maeda-612@sepia.ocn.ne.jp