

滋賀県立障害者福祉センター
地域体の使い方教室（幼児・ジュニア） - 湖北・湖西 - 開催要項

目的：滋賀県立障害者福祉センターに通えない遠隔地の障害者に対して、福祉センターで開催している教室を県内各地で開催することにより、学習機会の提供を図り、サービス提供の均一化の一助とする。

主催：滋賀県立障害者福祉センター

共催：長浜バイオ大学ドーム（滋賀県立長浜ドーム）

場所：長浜バイオ大学ドーム練習室（滋賀県立長浜ドーム）

長浜市田村町1320 TEL：0749-64-0808

開催日：11/25（日）12/9（日）1/13（日）2/3（日）3/3（日）

対象者および時間：※長浜養護学校・新旭養護学校学区在住者

① 知的・発達障害のある4・5歳児（平成30年4月1日現在・身体障害除く）とその親
9：30～10：30

② 知的・発達障害のある小学生（身体障害除く）
11：00～12：00

定員：①10組 ②15人

指導者：滋賀県立障害者福祉センター指導員

受講料：無料

内容：歩行、バランス、ジャンプ、ストレッチなど

受付期間：平成30年10月3日（水）～10月12日（金）必着

申込方法：別紙申込書・予備調査書を全て記入のうえ当福祉センターへ郵送にて申込みください。FAX不可。

※定員をオーバーした場合には、前年度受講されていない方を優先にし、抽選にて決定させていただきます。

※結果は、ハガキにて申込者全員に10月16日（火）に発送させていただきます。

なお、電話での結果等に関する問い合わせには、お答えできませんのでご了承ください。

その他：・健康管理は本人の責任ですので、各自で十分留意してください。

また、会場における事故については、応急手当はしますがその後の責任は負えません。（主催者側で活動保険に加入します。）

・写真撮影・記事・教室の様子等が報道されることもあります。また、広報等の刊行物に掲載することもありますので、ご了承ください。

・午前8時に大雨・暴風・大雪等を含む特別警報および暴風警報が発令されているときは教室を中止します。

・申込にあたって記載して頂いた個人情報、本教室運営上ならびに、センター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

・申込書の「誓約書」欄のサインと押印が無い方は、参加していただくことができませんので、ご注意ください。

・詳細は、直接センターへお問い合わせください。

問い合わせ：滋賀県立障害者福祉センター

〒525-0072 草津市笠山八丁目5番130号

TEL：077-564-7327 FAX：077-564-7641

担当：増田 圭亮 ・ 由良 涼子

地域体の使い方教室—湖北・湖西— 申込書及び予備調査表

①幼児（4・5歳児）の部 ・ ②ジュニア（小学生）の部 （いずれか○で囲んでください）

フリガナ

受講者氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳 学年 _____ 年

(在学中の方のみご記入ください)

保護者氏名 _____

〒 _____ 住所 _____

Tel _____ 緊急連絡先 _____

障害名 _____

○教室に参加されるにあたっての目標をお書きください。

○各関節の可動域で制限のある部位があればお書きください。

部位 _____

原因 _____

可動域 _____

○教室に参加するに当たって、不安に思っていることがあればお書きください。

○介助する際の注意点や指導する上で配慮を要することがあればお書きください。

○その他連絡事項があればお書きください。

(裏面もご記入ください)

○既往歴についてお尋ねします。

1. あなたは、今までに次の病気や症状がありましたか。

ない

ある

高血圧	脳血管障害	心臓病	高脂血症
糖尿病・高血糖	肥満	痛風・高尿酸血症	肝臓病・肝機能障害
腎臓病	喘息	てんかん	意識消失発作
膝痛・膝関節の病気	腰痛	その他（	）

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院されたことがありますか。

ない

ある（内容 _____）

○現在の健康状態および生活状況についてお尋ねします。

1. 最近数ヶ月で生活環境や健康上（病気・体重・食事など）の面で大きな変化がありましたか。

ない あった（内容 _____）

2. 現在、何かの病気で医療機関にかかっておられますか。

いいえ

はい 治療中の病名（ _____ ）

内服薬名 [_____]

医師からの指示（ _____ ）

○緊急連絡先

保護者名 _____ TEL _____

医療機関名 _____ TEL _____

誓 約 書

私は、体の使い方教室中の私の責任による事故は、自己の責任において処理することを誓約し、上記のとおり申し込みます。

平成30年 月 日

氏 名 _____

保護者氏名 _____ (印)