

スイム・スイム・スイム 予備調査表

氏 名 _____

クラス分け及び指導の目安・参考にさせていただくため、下記の項目にお答えください。

○現在の泳力を下記から選んで○で囲んでください。

水を怖がる	水に顔がつけられない	水に顔がつけられる
水に顔をつけてブクブクパツができる		もぐれる
浮くことができる	けのびができる	背浮きができる
クロール ：泳げる	_____ M 泳げる	
泳げない	キックができない	手のかきができない 呼吸ができない
背泳ぎ ：泳げる	_____ M 泳げる	
泳げない	キックができない	手のかきができない 呼吸ができない
平泳ぎ ：泳げる	_____ M 泳げる	
泳げない	キックができない	手のかきができない 呼吸ができない
バタフライ ：泳げる	_____ M 泳げる	
泳げない	キックができない	手のかきができない 呼吸ができない

○各関節の可動域で制限のある部位および禁忌事項があればご記入ください。

部位 _____

可動域 _____

禁忌事項 _____

○参加するにあたっての目標をご記入ください。(ここで記入いただいた目標に対する達成度を最終回にお尋ねします)

○その他、連絡事項があればご記入ください。

(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

医療機関名 _____ TEL _____