

# 短期水泳一湖北・湖東一

申込書及び予備調査書

①小学生の部 ・ ②中学生以上の部 (いずれか○で囲んでください)

フリガナ

受講者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 学校名 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 年

(在学中の方のみご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

障害名・等級 \_\_\_\_\_

※ 所持手帳を○で囲んでください 例：滋賀県○○第○○○○○号  
身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 番号 \_\_\_\_\_

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ッができる		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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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

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 \_\_\_\_\_

この事業に参加されるにあたっての目標をご記入ください。

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)

# 健康状態について

=本人用=

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	心臓病	不整脈	糖尿病	脳血管障害	腎臓疾患	肝臓疾患
呼吸器疾患	てんかん	膝・股関節の病気	腰痛	その他 ( )		

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院したことがありますか。 ない ・ ある

ある人 (病名 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_ )

3. 現在、薬を飲んでいますか。 飲んでいない ・ 飲んでいる

降圧剤	抗けいれん (てんかん) 剤	糖尿病の薬 (内服・注射)	心臓病の薬 (ニトロ・
強心薬・利尿薬など)	抗血小板剤 (血液サラサラの薬)	その他 ( )	

4. かかりつけの病院 ない ・ ある

ある人 (病院名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ )

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

ない ・ あった (具体的な内容 \_\_\_\_\_ )

=保護者用= ※小学生の部にお申込みの方は、こちらもご記入下さい。(一緒に入水される方)

入水される保護者の氏名 ( \_\_\_\_\_ )

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	心臓病	不整脈	糖尿病	脳血管障害	腎臓疾患	肝臓疾患
呼吸器疾患	てんかん	膝・股関節の病気	腰痛	その他 ( )		

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院したことがありますか。 ない ・ ある

ある人 (病名 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_ )

3. 現在、薬を飲んでいますか。 飲んでいない ・ 飲んでいる

降圧剤	抗けいれん (てんかん) 剤	糖尿病の薬 (内服・注射)	心臓病の薬 (ニトロ・
強心薬・利尿薬など)	抗血小板剤 (血液サラサラの薬)	その他 ( )	

4. かかりつけの病院 ない ・ ある

ある人 (病院名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ )