

# 体の使い方—湖北・湖西— 申込書及び予備調査表

次のいずれか○で囲んでください

- ①キッズの部：知的・発達障害のある4・5歳児と小学1～2年生（身体障害除く）とその親
- ②ジュニアの部：知的・発達障害のある小学3～6年生（身体障害除く）

フリガナ

受講者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

障害名・等級 \_\_\_\_\_ 療育手帳の有無 有 ・ 無

○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。

○各関節の可動域で制限のある部位があればご記入ください。

部位 \_\_\_\_\_

原因 \_\_\_\_\_

可動域 \_\_\_\_\_

○事業に参加するにあたって、不安に思っていることがあればご記入ください。

○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

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 (病名\_\_\_\_\_ 手術名\_\_\_\_\_)

3. 現在、薬を飲んでいますか。

いない

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(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)
----------

6. 教室参加するにあたって運動時の注意事項があればご記入ください。(医師からの指導も含む)

--