

様式3

第18回埼玉県障害者スポーツ大会「彩の国ふれあいピック春季大会」 障がい区分質問用紙

埼玉県総合リハビリテーションセンター健康増進担当 行

FAX : 048 (781) 2827

Email : n812222t@pref.saitama.lg.jp

所属団体	※お住まいの市町村、通学・入所・通所している学校・施設をご記入ください			
担当者	氏名	TEL		
	課	FAX		
		Email		
選手氏名		性別	男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和・平成 _____年 _____月 _____日生 満 _____歳 (平成31年4月1日現在の満年齢)			
身体障害者手帳	等級	障がいの原因となっている傷病名等		
	第 種 級	障がい名 (手帳記載のとおり、全文を記入してください。)		
障がい区分確認事項 該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください	ア.	日常生活で使用している補装具 (装具・車いす・杖など) が (ある ・ ない) ※「ある」場合 ・ 常用の補装具名 [_____] ・ 常用でないが併用する補装具名 [_____]		
	イ.	切断 (部位 _____)		
	ウ.	脊髄損傷 麻痺の程度 (完全 ・ 不完全)	頸髄損傷 (四肢麻痺 ・ 対麻痺) 頸髄損傷で座位バランス (あり ・ なし) 胸髄損傷で座位バランス (あり ・ なし)	
	エ.	脳原性麻痺で上肢に中等度以上の不随意運動や協調性低下が (ある ・ ない)		
	オ.	脳原性麻痺で上肢の関節可動域に制限が (ある ・ ない)		
	カ.	エ・オの障がいで、走ることが (可能 ・ 不可能)		
	キ.	ウ・エ・オ以外の車いす使用 (二分脊椎や骨・関節機能障がい、切断など) の方で座位バランスが (あり ・ なし)		
	ク.	下肢麻痺で、片足または両足で装具なしで立つことが (可能 ・ 不可能)		
水泳	ケ.	脳原性麻痺の片側障がいでストロークは (両上肢 ・ 片上肢) で行う		
参加希望競技		種 目	1 _____ 2 _____	
障がい区分番号		競技で使用する補装具の使用状況		
質問事項				

回 答	平成31年 月 日