

体験会・相談会&障害区分確認申込書

提出先： 一般社団法人埼玉県障害者スポーツ協会
 〒 330-8522 さいたま市浦和区大原3-10-1 埼玉県障害者交流センター内
 TEL : 048-822-1120 FAX : 048-822-1121
 E-mail : 2004@sainokuni-sasa.or.jp

①団体名	〔 〕		
②氏名	ふりがな		③性別 1. 男 2. 女
	姓	名	
④西暦 年 月 日 R8.4.1現在 歳			
⑤現住所	〒		
⑥連絡先	TEL		FAX
	mail		
⑦参加希望内容	<input type="checkbox"/> 種目体験会・相談会 & 障害区分確認 <input type="checkbox"/> 種目体験会・相談会のみ <input type="checkbox"/> 障害区分確認のみ		
⑧障害区分確認希望競技	<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> 卓球 <input type="checkbox"/> ボッチャ <input type="checkbox"/> 区分確認の希望なし・未定		
⑨障害名等 手帳の内容を記入	身体障害者手帳 等級 _____ 級 障害名 (手帳記載のとりの全文) _____ 障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など 具体的に) _____		
⑩障害の状況等について確認事項	下記で該当する項目等をご選択ください。 ※わかる範囲でのご回答で構いません 競技中に使用する補装具 (装具・車いす・杖など) はありますか。 ※複数選択可 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 松葉杖(1本) <input type="checkbox"/> 松葉杖(2本) <input type="checkbox"/> クラッチ(1本) <input type="checkbox"/> クラッチ(2本) <input type="checkbox"/> レーサー使用 <input type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 足駆動(前向) <input type="checkbox"/> 足駆動(後向) <input type="checkbox"/> 片上下肢駆動 <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 投てき台 <input type="checkbox"/> その他		
	立位で競技を行なう上肢・下肢の切断や機能障害・体幹機能障害 (立位) の方で、切断・欠損・機能障害の部位をご記入ください ※脳性麻痺除く _____		
	脳原性麻痺以外で車いす常用 (脊髄損傷・両下肢切断等) の方のみご記入ください ① 脊髄損傷の部位はどこですか <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 ② 脊髄損傷による麻痺はどの程度ありますか。 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不完全 ③ 車いす使用の方で座位バランスはとれますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
	障害の原因が脳原性麻痺の方のみご記入ください ① 上肢に中度以上の不随意運動や協調性低下がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ② 上肢の関節可動域に制限がありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ③ 立位者で、走ることができますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		

その他、確認・連絡事項等がありましたら、ご自由にご記入ください