

# カヌー体験教室参加申込書

太枠内は全てご記入・ご回答下さい

			受付者サイン		
申込み	H20年 月 日	申込者 本人 家族 知人 その他			利用者
フリガナ		性別 男 女			血液型
氏名		生年月日 T・S・H 年 月 日生 歳			
フリガナ					
住所	〒 電話番号 ( )				
緊急連絡先 (自宅以外)	電話番号 ( )				
障害名	日常使用しているものがあれば をしてください 手動車椅子 電動車椅子 クラッチ(杖) 義足 義手				
合併症 他の障害					
内服薬	有 無 「有」の方は詳細をご記入下さい。				
懸かり付け病院	病院 科 Dr. 電話番号				
主治医からの 運動及び 日常生活への制限	有 無 「有」の方は詳細をご記入下さい。				

麻痺や拘縮はありますか。	はいの方	はい 詳細をご記入下さい。	いいえ
座位保持は可能ですか。		はい	いいえ
褥瘡はありますか。	ある方	ある 保護している	ない 保護していない できやすい
水に浸かっていると体が硬直しやすいですか。		はい	いいえ
関節脱臼の経験はありますか。		はい	いいえ
パドルをしっかりと握れますか。		はい	いいえ
手首をかえす事はできますか。		はい	いいえ
水泳はどのくらい泳げますか。		十分泳げます	苦手です 泳げません
水への恐怖心はありますか。		はい	いいえ
カヌー・カヤックの体験はありますか。	はいの方	はい 詳細をご記入下さい。(いつ、どこで、何回)	いいえ
上記他、ご参加にあたり指導員に伝えておくべきことや、ご要望がありましたらご記入下さい。			

\* 本書にご記入いただいた個人情報は、カヌー体験教室に関する目的のみに使用いたします。