

＜太枠内にご記入、または該当事項を○で囲んでくださ
記入もれのないようお願い致します。＞

質問事項	回答欄		備考
12、健康状態についてご記入ください。「あり」の方は詳しくお教えてください。 ＜内科＞異常なし・あり 病名() 現在の状態() ＜耳鼻咽喉科＞異常なし・あり 病名() 現在の状態() ＜眼科＞異常なし・あり 病名() 現在の状態() ＜心臓＞異常なし・あり 病名() 現在の状態() ＜歯科＞未処置の虫歯が なし / あり(本) ・治療中 ・治療完了			
13、今までに食べ物や薬品などで、湿疹がでたり具合が悪くなったことがありますか。		ある	ない
・「ある」と答えた方は、具体的にお書きください。 食品() 薬品() その他()			
14、現在、お薬はお飲みですか。		はい	いいえ
①「はい」と答えた方は薬の名前をお書き下さい。 ＊病院・調剤薬局からの内服説明書の提出でもかまいません。 ＊服薬回数、内服量についてもお書きください。 薬品名() ②最近、お薬の量、種類が変わった方は、具体的にお書き下さい。 変更内容()			
15、掛かり付けの病院の担当医師に、今回のスキー教室へ参加して良いと言われましたか。		はい	いいえ
・「はい」と答えた方は、参加にあたり担当医師より具体的な注意事項など指示があれば具体的にお書きください。 ()			
16、日常の歩行の手段についてお答え下さい。			
①自力で歩く事が出来る。		はい	いいえ
＊補装具を装着している		はい	いいえ
＊杖・松葉杖・白杖を使用している		はい	いいえ
＊盲導犬と一緒にいる		はい	いいえ
②車椅子・電動車椅子である。		はい	いいえ
＊自力で操作できる		はい	いいえ
＊介助が必要である		はい	いいえ
③全て介助が必要である。		はい	いいえ
17、日常生活面で介助が必要ですか。		はい	いいえ
「はい」と答えた方のみ、下記より該当事項全てに○を付けて下さい。 食事 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 更衣 ・ 移動 ・ その他()			
18、日常生活の中で介助を必要とされる方は、ご家族などの同伴が必要です。下記へご記入お願いします。 ＊付き添いの方のスキー教室への参加費については、自己負担となります。あらかじめご了承下さい。 フリガナ 性別 年齢 続柄 付き添い者 男 氏名 女 歳 住所 〒 - Tel - - Fax - -			
19、その他何かありましたらお書き下さい。			

＊後日、担当者から連絡させて頂く場合がありますので、連絡先は必ずご記入下さい。
 ＊調査票は、教室時の参考資料であり、合否を決定するものではありません。