

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	④ 西暦 生年月日	年 月 日 R8.4.1現在 歳			
	姓	名								
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									
	<input type="checkbox"/> 陸上競技 <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> 卓球 <input type="checkbox"/> ボッチャ 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 (手帳記載のとおりの全文) _____									
	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"/> レーザー使用 <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 両手駆動 <input type="checkbox"/> 投げ台	<input type="checkbox"/> 松葉杖(1本) <input type="checkbox"/> 片手駆動	<input type="checkbox"/> 松葉杖(2本) <input type="checkbox"/> 足駆動(前向)	<input type="checkbox"/> クラッチ(1本) <input type="checkbox"/> 足駆動(後向)	<input type="checkbox"/> クラッチ(2本) <input type="checkbox"/> 片上下肢駆動				
	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 ② 脊髄損傷による麻痺はどの程度ありますか。 ③ 車いす使用の方で座位バランスはとれますか。 <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>頸髄 <input type="checkbox"/>完全 <input type="checkbox"/>ある </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>胸髄 <input type="checkbox"/>不完全 <input type="checkbox"/>ない </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>腰髄 </td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 腰髄
	<input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 腰髄							
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 ② 上肢の関節可動域に制限がありますか ③ 立位者で、走ることができますか <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>できる </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>できない </td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> できない		
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> できない									
電動車いす常用の方 障害区分確認が3月になった場合、Zoom等を使用することは可能でしょうか。 <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 _____										