(公財)世田谷区スポーツ振興財団 あて

FAX:03-3417-2813 (番号をお間違えにならないようご注意ください)

水泳教室 事前面談用アンケート

提出者氏名

(保護者名) _____

別紙、「障害児(者)水泳教室事前面談のご案内」に記載の
「個人情報の取り扱いについて」に同意しますか。

はい

いいえ

※同意いただけない場合は本事業へのご参加をお断りさせていただきます。

【 イルカ ・ くじら 】水泳教室 ※○をつけてください。

ふりがな 氏名	性別	生年月日(西暦) 年 月 日
住所 〒 -		学校名及び学年 学校 年
障害の種類・程度を詳しくご記入ください。		

下記の質問にお答えください。

(1) 障害者手帳・愛の手帳などをお持ちですか。 はい いいえ

(はいの場合：種類・等級 _____)

(2) 定期的に通っている医療機関はありますか。 はい いいえ

(はいの場合：医療機関名 _____)

(3) 現在、服用している薬はありますか。 はい いいえ

(はいの場合：薬の効能 _____)

(4) 定期的に運動をされていますか。 はい いいえ

(5) 得意な運動・苦手な運動があればご記入ください。

・得意な運動： _____

・苦手な運動： _____

(6) トイレを使用する際、介助を必要としますか。 はい いいえ

(7) 「てんかん」の発作を起こしたことはありますか。 はい いいえ

(はいの場合：一番最近で起こった時期 年 月頃)