身体障害に関する自己申告書（部外秘）

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：１９　／　／　　男 ／ 女

郵便番号：＿＿＿＿　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　昼間電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先について

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿＿電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　昼間電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

水泳ができますか？ Yes / No　　距離は？＿＿＿＿m　　自信がありますか？ Yes / No

以前にスキンダイビングもしくはスキューバダイビングの経験がありますか？ Yes / No

いつ？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　どこで？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　何回？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あなたの身体障害の内容は？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あなたの身体障害年齢は？　＿＿＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

感覚機能の麻痺がありますか？Yes / No　それはどこですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

失禁しますか？ Yes / No　　尿失禁ですか？ Yes / No　　便失禁ですか？ Yes / No

カテーテルを使用していますか？ Yes / No　そのタイプは？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

床ずれを患ったことがありますか？Yes / No　それはいつですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

呼吸器系に障害を受けていますか？Yes / No　詳しく説明してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

喘息ですか？ Yes / No　　発汗機能は正常ですか？ Yes / No

ヒートロスや体温調節機能に障害があれば説明してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口または唇の筋肉コントロールに障害があれば説明してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

言語障害があれば説明してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聴覚障害があれば説明してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記以外の医学的問題があれば説明してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿