

・太線の枠の中を記入してください。  
 ・下記の内容に変更が生じた時は、受付にお申し出ください。

## 【記載例】

### 神奈川県立スポーツセンター利用登録申請書 (個人用)

利用者ID		受付日：令和 年 月 日							
フリガナ	カナガワ タロウ	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女							
氏名	神奈川 太郎								
生年月日	大・昭 <input checked="" type="radio"/> 平・令 ○ 年 3 月 19 日 ( ○ 歳)								
電話番号	○○○ - ○○○ - ○○○○ (携帯)	FAX ○○○○ - ○○ - ○○○○							
住所	〒251 - 0871 (フリガナ) フジサワシ ゼンギョウ 7-1-2								
	藤沢市善行 7 - 1 - 2								
当センター 利用時の 緊急連絡先	(フリガナ)	カナガワ キンタロウ	続柄・関係等						
	氏名 (本人以外)	神奈川 金太郎	父						
	住所	〒 - <b>同上</b> (異なる場合は記入してください。)							
	電話番号	○○○ - ○○○ - ○○○○ (携帯)	FAX ○○○ - ○○○ - ○○○○						
健康状態	1. 現在又は過去の疾患について、該当するものに○をつけてください。 心筋梗塞 狭心症 その他心疾患 呼吸器疾患 腎臓疾患 脳出血 脳梗塞 高血圧 不整脈 <input checked="" type="radio"/> てんかん 精神疾患 糖尿病 肝疾患 整形外科疾患 その他 ( )								
	2. 主治医に運動について相談しましたか。 ⇒ <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ								
	3. かかりつけの医療機関名 (科) 電話番号：○○○○-○○-○○○○ ○○○○ 病院 ( 神経 ) 科								
障がい 状況	使用する器具 車いす・杖・装具等 ( )								
	肢体		視覚		聴覚		知的	精神	重複
	車いす	立位	全盲	弱視	全ろう	難聴	内部 呼吸循環 その他		
	身体障害者手帳				1 2 3 4 5 6級				
	療育手帳 (愛の手帳)				A1 A2 B1 B2				
精神障害者保健福祉手帳				1 2 3級					

\*この申請書の情報は、利用者皆様の健康管理及び緊急時対応のため記入していただきますので、緊急時には救急隊員や関係医療機関に提供する場合があります。

## 【 疾患別チェックリスト 】

疾患名	内服薬	運動量の指示	確認事項
<input type="checkbox"/> 脳出血	無・有	無・有	発症年月 入院先 治療内容 保存・手術 後遺症 リハビリ施設
<input type="checkbox"/> 脳梗塞			
その他の脳血管障害 (SAH TBIなど)			
<input type="checkbox"/> 高血圧	無・有	無・有	血圧 / mmHg
<input type="checkbox"/> 狭心症	無・有	無・有	発作 無・有
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞			発作時の携帯薬 無・有
<input type="checkbox"/> 不整脈			疾患名
<input type="checkbox"/> その他心疾患			手術の既往 無・有
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;">                     この内容は、                      問診時に聞き取りますので、                      記載不要です。                 </div>		
<input type="checkbox"/> 腎臓疾患			
<input type="checkbox"/> 膀胱・直腸障害	無・有	無・有	人工肛門 無・有 膀胱留置カテーテル 無・有 間欠導尿 無・有
<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	無・有	無・有	喘息発作 無・有 発作時の対応方法 酸素ボンベの携帯 無・有
<input type="checkbox"/> 肝臓疾患	無・有	無・有	
<input type="checkbox"/> てんかん	無・有	無・有	発作 無・有 発作時の薬携帯 無・有 発作のタイプ 発作時の対応方法
<input type="checkbox"/> 精神疾患	無・有	無・有	
<input type="checkbox"/> 整形外科疾患	無・有	無・有	人工関節 無・有 徒手装具 無・有 下肢装具 無・有
<input type="checkbox"/> その他	無・有	無・有	

利用時に付き添いが必要ですか

はい

いいえ

\* 「はい」にチェックをした方は、利用時に必ず付き添いが必要になります。