

障害者カヌー メディカル インフォメーション シート

氏名	性別	年齢	血液型
1 障害名をできるだけ詳しくお書きください			
2	パドルはしっかり握れますか？	右	<input type="checkbox"/> 握れる <input type="checkbox"/> 握れない
		左	<input type="checkbox"/> 握れる <input type="checkbox"/> 握れない
3	手首をかえす事はできますか？	右	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
		左	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
4	足を踏ん張る事ができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
5	座位を保つことができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
6	スポーツを定期的に行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合スポーツ名は？		
7	激しい運動をすると息苦しくなり胸もドキドキしてなかなか元に戻らない事がありますか	<input type="checkbox"/> 常になる <input type="checkbox"/> 時々なる <input type="checkbox"/> ならない	
8	運動に制限がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	「はい」の場合制限は？		
9	水泳はできますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> わからない	
	「できる」場合	<input type="checkbox"/> 泳げる(m)	
		<input type="checkbox"/> 浮かんでいる事が出来る	
		<input type="checkbox"/> ライフジャケットをつけてなら浮かぶことが出来る	
	わからない、もしくは水泳経験なしの場合	お風呂で、体が逆さまになったことなどありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
10	水に対して、恐怖心等ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
11	現在治療中の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名)	
12	現在内服中の薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名)	
	その薬には副作用がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(症状)	
13	今までに薬、食べ物等で気分が悪くなったり、じんましんが出たりした事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容)	
14	アレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある アレルギーの内容:	
15	褥瘡の心配はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心配な箇所:	
16	関節の脱臼の経験がありますか？ (ある場合、いつ頃の関節ですか)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(年前)(関節)	
17	ひきつけの経験がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(きっかけ)	
18	けいれんの経験がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(きっかけ)	
19	水に浸かると体が硬直しやすいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
20	暑さには弱い方ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
21	下に列記した病気のうち、今までかかったことのあるものにチェックを付けてください		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(具体的に_____) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 肝機能障害や肝炎 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患(具体的に_____) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞)		
22	その他注意すべき点や、カヌーで補助具が必要な方はどんな補助具か、ご記入ください		