

メディカルインフォメーションシート

氏名: _____ 性別: 男 ・ 女 _____ 年齢 満 _____ 歳

◎障害名をできるだけ詳しくお書きください。

- | | | | | |
|--------------------|---|------------------------------|-------------------------------|--|
| ◎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 | |
| ◎手首をかえすことはできますか。 | 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 | |
| ◎足を踏ん張ることはできますか。 | | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できない | |
| ◎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 | |
| ◎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 スポーツ名を教えてください。

◎激しい運動をすると息苦しくなり、胸をドキドキして、なかなか元に戻らないことがありますか。
 常になる 時々なる ならない

◎運動に制限はありますか。 はい いいえ

「はい」の場合 制限を教えてください。

◎水泳はどのくらいできますか。

- 泳げる(_____ m) ライフジャケットをつけてなら浮かぶことができる
- 浮かんでいることができる

やったことがないのでわからない

「やったことがない方」はお風呂で逆さまになったことなどありますか

はい いいえ

◎水に対して、恐怖心はありますか。

はい いいえ

◎現在治療中の病気はありますか。

はい 病名: _____ いいえ

◎現在内服中の薬がありますか。

はい 薬名: _____ いいえ

「はいの方」はその薬に副作用はありますか。

はい 症状: _____ いいえ

◎今までに、注射、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ことはありますか。

はい いいえ

◎アレルギーはありますか。

はい 内容: _____ いいえ

◎骨折、捻挫、脱臼等の経験があり、現在もその後遺症(痛み・関節の不安定など)がありますか。

はい いいえ

◎ひきつけの経験がありますか。

はい きっかけ: _____ いいえ

◎けいれんの経験がありますか。

はい きっかけ: _____ いいえ

◎水につかっていると、体が硬直しやすいですか。

はい いいえ

◎暑さには弱い方ですか。

はい いいえ

◎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。

- 糖尿病 心臓病(具体的に _____) てんかん ぜんそく 高血圧 動脈硬化
- 肝機能障害や肝炎 腎機能障害 結核 リューマチ がん 精神疾患
- 脳神経疾患(具体的に _____) 脳血管疾患(具体的に _____)

◎その他注意すべき点等ございましたらご記入ください。