

身体障害に関する自己申告書 (部外秘)



HANDICAPPED SCUBA ASSOCIATION ©

氏名：ふりがな _____ 生年月日： 1 9 / / 男 / 女

郵便番号： _____ 住所： _____

電話番号： _____ F A X 番号： _____ 昼間電話番号： _____

緊急連絡先について

氏名：ふりがな _____ 続柄： _____ 電話番号： _____ F A X 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

以前にスキューバ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：