

・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、受付に変更届の提出をお願いします。

(申請先)障害者スポーツ文化センター横浜ラポール 館長

利用者登録申請書(個人利用・新規)

利用者番号										受付日:令和 年 月 日		
(フリガナ) 氏名									性別	男・女		
生年月日	昭・平・令 年 月 日生(歳)								障害	無・有		
TEL(持ち主)	()				FAX							
(フリガナ) 住所	〒 -											
当館利用時の緊急連絡先	(フリガナ) 氏名 (本人以外)									続柄		
	住所	〒 -										
	TEL					FAX						
健康状態	1, ①現在、または過去に次のような病気にかかったことがありますか? ある・ない ②【①で「ある」と答えた方】病名に○をつけてください。 心筋梗塞 狭心症 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 てんかん 精神疾患 糖尿病 肝疾患 整形外科疾患 その他() 2, かかりつけ医療機関名(科) () TEL: _____ 3, すべての主治医に運動について相談しましたか? ⇒ はい・いいえ											
障害状況	手帳状況: _____ 杖・装具()											
	肢体		視覚		聴覚		内部		知的		精神	重複
	車椅子	立位	全盲	弱視	全ろう	難聴	呼吸循環	その他	軽度	重度		
	身体障害者手帳		1 2 3 4 5 6級				備考欄					
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				有効期限						
料金	全額		無料		有効期限	なし	5年	2年	1年	2か月	一時許可	
受付	半入	全入		スポーツ相談 <input type="checkbox"/>			体調管理 本人確認済み <input type="checkbox"/> ()					

※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に記入していただいております。
 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。 チェック担当() ①

【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
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	無・有	無・有	後遺症 リハビリ施設
<input type="checkbox"/> 高血圧	無・有	無・有	血圧 /
<input type="checkbox"/> 狭心症	無・有	無・有	発作 無・有
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	無・有	無・有	発作時の携帯薬 無・有
<input type="checkbox"/> 不整脈	無・有	無・有	疾患名
<input type="checkbox"/> 他心疾患	無・有	無・有	手術の既往 無・有
<input type="checkbox"/> 糖尿病	無・有	無・有	インシュリン注射 無・有 低血糖発作 無・有 角砂糖などの携帯 無・有
<input type="checkbox"/> 腎臓疾患	無・有	無・有	透析治療 無・有（透析日 ）
<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
<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 発作時の携帯薬 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	
<input type="checkbox"/> その他	無・有	無・有	
<input type="checkbox"/> その他	無・有	無・有	