

●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、受付に変更届けの提出をお願いします。

利用者登録申請書 (個人用)

利用者番号		受付日:平成 年 月 日																																											
(フリガナ) 氏名		性別 1:男 2:女																																											
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)	障害 1:無 2:有																																											
電話番号	()	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)																																												
	住所																																												
	電話番号	() FAX ()																																											
健康状態	1. ①現在、または過去に次のような病気がある方は○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. 主治医に運動について相談しましたか? ⇒ はい・いいえ 3. かかりつけの医療機関名(科) () TEL ()																																												
障害状況	手帳障害状況: 杖・装具() <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">肢体</th> <th colspan="2">視覚</th> <th colspan="2">聴覚</th> <th colspan="2">内部</th> <th colspan="2">知的</th> <th rowspan="2">精神</th> <th rowspan="2">重複</th> </tr> <tr> <td>車椅子</td><td>立位</td> <td>全盲</td><td>弱視</td> <td>全ろう</td><td>難聴</td> <td>呼吸循環</td><td>その他</td> <td>軽度</td><td>重度</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>身体障害者手帳</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6級</td> </tr> <tr> <td>療育手帳(愛の手帳)</td> <td>A1</td><td>A2</td><td>B1</td><td>B2</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳</td> <td>1</td><td>2</td><td>3級</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		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	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			
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																																							
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																																										
受付	半入	全入																																											
料金レベル	無料	全額																																											
カード 期限レベル	なし	1年	2ヶ月	一次許可	備考欄 体調自己管理 本人確認済 □ ()																																								

※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頂いておりますので、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。