身体障害に関する自己申告書（部外秘）

HANDICAPPED SCUBA ASSOCIATION©

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：１９　／　／　　男　／　女

郵便番号：＿＿＿＿　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　昼間電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先について

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿＿電話番号：＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ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

以前にスキン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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿