



# 参加申込・自己申告書 (部外秘)

※ あなたについて詳しくお聞かせ下さい。

しめい	生年月日(西暦)		
氏名	年 月 日 歳		性別
	□ 男 ・ □ 女		配偶者
住所 〒 _____ 都 道 区 郡 市 府 県 _____ _____	TEL _____		
	FAX _____		
	携帯 _____		
	E-mail _____		
代筆者 氏名 _____	続柄 _____	緊急連絡先(氏名)	
		TEL _____	

障害名 _____	障害年齢 _____ 歳
手帳等級 _____ 級 _____ 種	手帳番号 _____ 交付 _____ 号

★ 当てはまる障害についてチェックをし、右空欄に詳しくご記入下さい。

- 聴覚障害
  - ・補聴器は使用していますか？
  - ・周りの人とのコミュニケーションの方法は？
- 視覚障害
  - ・明暗を感じますか？
  - ・どのように見えますか？
- 肢体障害
  - ・脳性麻痺ですか？
  - ・脊・頸・胸損傷ですか？
  - ・障害の部分はどこですか？
  - ・その部分は痛みや温度等感じますか？
  - ・緊張や痙攣はありますか？
- 言語障害
  - ・障害の程度は強い・弱い？
- 内臓疾患
  - ・どの部分がどのような状態ですか？
- その他 \_\_\_\_\_

★ 常時服用している薬について

・どんな薬ですか？ \_\_\_\_\_

・服用回数や飲み方は？ \_\_\_\_\_

★ 障害等で、行き付けの病院について

・病院名 \_\_\_\_\_

・TEL \_\_\_\_\_

・担当医師名 \_\_\_\_\_

★ 大きな病気、怪我、事故等、手術・入院の記録について			
・いつ頃手術・入院しましたか？		・期間はどのくらいですか？	
・病気、怪我、事故の原因は？			
★ 日常生活で当てはまる項目にチェックをして下さい。			
① 自分で体温の調節ができますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
② 口、唇の筋肉のコントロールができますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
③ 首の運動はできますか？		上下運動	<input type="checkbox"/>
		左右運動	<input type="checkbox"/>
④ 片手又は両手で鼻をつまむ、 もしくは鼻の穴をふさぐ動作ができますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
⑤ 衣服の脱着は1人でできますか？	<input type="checkbox"/>	問題無い	<input type="checkbox"/>
		1人でできるが時間が必要	<input type="checkbox"/>
		介助が必要	<input type="checkbox"/>
⑥ 歩行について ↓問題がある場合はご記入下さい	<input type="checkbox"/>	問題無い	<input type="checkbox"/>
		杖を使用	<input type="checkbox"/>
		ゆっくり自立歩行	<input type="checkbox"/>
		補装具を使用	<input type="checkbox"/>
		手動車椅子を使用	<input type="checkbox"/>
		電動車椅子を使用	<input type="checkbox"/>
〔			
⑦ 食事は1人でできますか？	<input type="checkbox"/>	問題無い	<input type="checkbox"/>
		フォーク、スプーン、ストローを使用	<input type="checkbox"/>
		専用の食器類を使用	<input type="checkbox"/>
		介助が必要	<input type="checkbox"/>
⑧ 入浴は1人でできますか？	<input type="checkbox"/>	問題無い	<input type="checkbox"/>
		専用浴室なら問題無い	<input type="checkbox"/>
		介助が必要	<input type="checkbox"/>
〔			
⑨ トイレについて	<input type="checkbox"/>	問題無い	<input type="checkbox"/>
		介助が必要	<input type="checkbox"/>
		貯尿袋使用	<input type="checkbox"/>
		人口肛門使用	<input type="checkbox"/>
使用可能はトイレのタイプ	<input type="checkbox"/>	和式トイレ	<input type="checkbox"/>
		洋式トイレ	<input type="checkbox"/>
		車椅子専用トイレ	<input type="checkbox"/>
1日に行く回数	尿	回	／
	便	回	／
	他		
トイレに行きたい感覚	尿意	<input type="checkbox"/>	有
		<input type="checkbox"/>	無
	便意	<input type="checkbox"/>	有
		<input type="checkbox"/>	無
我慢できますか？	尿意	<input type="checkbox"/>	はい
		<input type="checkbox"/>	いいえ
	便意	<input type="checkbox"/>	はい
		<input type="checkbox"/>	いいえ
⑩ 現在続けているスポーツは有りますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
		いいえ	<input type="checkbox"/>
スポーツ名			
⑪ 水・海への恐怖心は有りますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
		いいえ	<input type="checkbox"/>
理由は			
⑫ 障害を持ってから、旅行の経験はありますか？	<input type="checkbox"/>	初めて	<input type="checkbox"/>
		2～4度	<input type="checkbox"/>
		5回以上	<input type="checkbox"/>
⑬ 旅行(外出)先で困ったことは有りますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>
		いいえ	<input type="checkbox"/>
どんなことですか？			
★ 指導員に伝えておきたい事、不安に思う事、準備して欲しい物等がありましたらご記入下さい。			
* 例:入浴時に濡れてもいいイスを準備してほしい			

## ★ スキューバダイビングについて

① 泳力(水泳)の自信はありますか。		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無し		
② どの位泳ぐ事(泳ぎ方は自由)ができますか。		約 _____ m位		
③ 今回の参加コースはどのコースですか。		<input type="checkbox"/> スノーケリング <input type="checkbox"/> 体験ダイビング <input type="checkbox"/> JBDA認定カード取得コース <input type="checkbox"/> ファンダイビング <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
④ スキューバダイビングを行ったり、指導を受けた事がありますか。		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無し		
・始めて行ったのはいつですか。		_____ 年 _____ 月頃		
・どこで行ないましたか。		_____ 場所 _____ / ショップ名		
・今回のダイビングの前に行ったのはいつですか。		_____ 年 _____ 月頃		
・どこで行ないましたか。		_____ 場所 _____ / ショップ名		
⑤ 各任意の指導団体の認定カード(Cカード)を持っていますか。		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無し		
指導団体名	ランク	ダイビング歴	通算経験本数	
			_____ 年 _____ 本	
⑥ 参加期間中にレンタルされる器材はありますか？		<input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> 無し		
<input type="checkbox"/> ダイビング器材フルセット ・自分の器材をお持ち方でレンタルする物が有る場合				
<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> スノーケル <input type="checkbox"/> グローブ <input type="checkbox"/> ブーツ <input type="checkbox"/> メッシュバック <input type="checkbox"/> フィン <input type="checkbox"/> レギュレーター <input type="checkbox"/> B.C. <input type="checkbox"/> ウエットスーツ <input type="checkbox"/> 車椅子				
★ 健康について				
血液型	身長	体重	足のサイズ	視力
型	cm	kg	cm	(眼鏡等 有り・無し)
① 貴方の健康状態についてあてはまる項目にチェックをして下さい。				
<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肋膜炎 <input type="checkbox"/> 自然気胸 <input type="checkbox"/> ひどい肺炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 心臓障害 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 神経過敏 <input type="checkbox"/> 低・高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 心配症 <input type="checkbox"/> 乗物酔い <input type="checkbox"/> 不整脈・動悸 <input type="checkbox"/> 伝染性の病気 <input type="checkbox"/> アルコール中毒症 <input type="checkbox"/> 高・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 睡眠薬や薬品の常用 <input type="checkbox"/> 耳のトラブル( _____ ) <input type="checkbox"/> てんかん・意識不明を起こす体質(・いつ _____ ・どんな時 _____ ) <input type="checkbox"/> その他呼吸器系のトラブル( _____ ) <input type="checkbox"/> その他循環器系のトラブル( _____ )				
② 今回のダイビングの前に健康診断を受けたのはいつですか？		_____ 年 _____ 月頃		

担当主治医 御侍史 殿

沖縄県那覇市辻 1-13-24 渡口アパート 202  
NPO法人日本バリアフリーダイビング協会  
会長 山田 眞佐喜  
(公印省略)

謹啓

貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より身体障害者スポーツ振興につきましては、ご支援、ご指導を賜り感謝申し上げます。

当協会は、財団法人日本障害者スポーツ協会の競技別登録団体として、障害者(視覚障害・聴覚障害、肢体不自由、内部障害等)の皆様にスキューバダイビングを安全に楽しみながら、リハビリテーション及びノーマライゼーションに広く・深く貢献したいと考え、1997年7月より活動しています。

ダイビングを通して障害者、高齢者及び健常者が自然の中で環境の変化を学び、「楽しさ」・「喜び」・「感動」を伝えていきたいと考えます。達成感や効果には図り知れないものがあります。

実施に際しましては、万全を期しサポート体制も整備して行います。また、万が一過失により事故が発生した場合も貴科への責任は一切問わないものと致します。

つきましては、主旨をご理解頂き、スクーバ潜水は圧力下での運動であるという事を考慮した上で、この方の医学的適性をご診断いただけますよう、何卒よろしく願い申し上げます。

## 健康診断書

住所：	_____
氏名：	_____
生年月日：	_____年 _____月 _____日
障害等級及び疾病名：	_____級 _____種
(具体的な障害名)	

1. 循環器系、呼吸器系の疾患(心臓病・喘息・気胸など)
2. 中耳、副鼻腔の障害(中耳炎・ちくのう症など)
3. 意識障害(てんかん・突発性失神など)
4. 運動機能障害

(備考)

注意点：

年 月 日

医療機関名：

住所：

証明医師名：

印

\* 提出者への注意：上記枠内は、本人又は本人の代理の方が、全てご記入下さい。

お問い合わせ NPO 法人日本バリアフリーダイビング協会(JBDA)  
本部事務局 TEL 098-869-4957 / FAX 098-867-4034  
e-mail : [info@e-jbda.jp/](mailto:info@e-jbda.jp/)

