

短期水泳教室—湖北・湖東—

申込書及び予備調査書

①小学生の部 ・ ②中学生以上の部 (いずれか○で囲んでください)

フリガナ

受講者氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

保護者氏名 _____ 学校名 _____ 学年 _____ 年

(在学中の方のみご記入ください)

〒 _____ 住所 _____

TEL _____ 緊急連絡先 _____

障害名 _____

クラス分け及び指導の目安・参考にさせて頂くため、下記の項目にお答えください。
現在の泳力を下記から選んで○で囲んでください。

水を怖がる	水に顔がつけられない	水に顔がつけられる
水に顔をつけてブクブクパッができる		もぐれる
浮くことができる	けのびができる	背浮きができる
<input type="checkbox"/> クロール :	泳げる _____ M 泳げる	
	泳げない	キックができない 手のかきができない 呼吸ができない
<input type="checkbox"/> 背泳ぎ :	泳げる _____ M 泳げる	
	泳げない	キックができない 手のかきができない 呼吸ができない

各関節の可動域で制限のある部位および禁忌事項があればご記入ください。

部位 _____

可動域 _____

禁忌事項 _____

この教室での目標を、ご記入ください。

その他、連絡事項があればお書きください。

(裏面もご記入ください)

既往歴についてお尋ねします。

1. あなたは、今までに次の病気や症状がありましたか。

ない

ある

高血圧	脳血管障害	心臓病	高脂血症
糖尿病・高血糖	肥満	痛風・高尿酸血症	肝臓病・肝機能障害
腎臓病	喘息	てんかん	意識消失発作
膝痛・膝関節の病気	腰痛	その他 ()	

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院したことがありますか。

ない

ある (具体的に)

現在の健康状態および生活状況についてお尋ねします。

1. 最近数ヶ月で生活環境や健康上 (病気・体重・食事など) の面で大きな変化がありましたか。

ない ・ あった (具体的に)

2. 現在、何かの病気で医療機関にかかっていますか。

いいえ

はい 治療中の病名 ()

内服薬名 []

医師からの指示 ()

緊急連絡先

医療機関名 TEL

誓約書

私は、短期水泳教室中の私の責任による事故は、自己の責任において処理することを誓約し、上記のとおり申し込みます。

平成29年 月 日

氏名 (印) 保護者氏名 (印)