

Personal Sheet

氏 名					保護者氏名		
(プログラム受講者が未成年の場合、保護者名も併せてご記入下さい)							
〒	—						
住 所							
電話番号	— —			携帯番号	— —		
緊急連絡先	— —			保護者名			
Mail Address	@						
生年月日	西暦/和暦	年	月	日	満	才	
身長・体重	cm	kg	血液型	型	RH + ・ —		
スキー暦	無し ・ 有	→	回	ヶ月前	年前	年/回	
スポーツ歴							
障害名							
障害の等級	種	級	愛の手帳			度	
発生時期	先天性 後天性	→	発生時期	年前	理由		
知的障害の方	自閉症	・	知的障害	その他			
座位の場合	手動車椅子	・	電動車椅子	・	その他		
立位の場合	切断	・	片麻痺	・	脳性麻痺	・	視覚 ・ 聴覚 ・ その他
切断障害の方	切断部位 →						
	歩行補助器具使用の有無		器具有	・	器具無	クラッチ	1本 2本
片麻痺の方	右 ・ 左						
	歩行補助器具使用の有無		器具有	・	器具無	クラッチ	1本 2本
脳性麻痺の方	歩行補助器具使用の有無		器具有	・	器具無	クラッチ	1本 2本
	言語機能障害	有り ・ 無し	不随意運動		有り ・ 無し		
視覚障害の方	全盲	・	弱視	盲導犬の有無 有り ・ 無し			
全盲の方	光覚	左目 有り	・	無し	右目 有り	・	無し
弱視の方	視力	右目 ()	左目 ()				
	視野狭窄	有り	・	無し			
	視野狭窄範囲	右目					
		左目					
てんかん	有り ・ 無し	※ありの場合は発作時の対処方法をキャストにお伝えください。					
その他	※性格、注意点、持病(投薬情報)などご自由にお書き下さい。						

※このシートはシーズン最初に、担当キャストにお渡し下さい。

※この内容はネージュ内で厳重に管理し、ネージュスキープログラム以外では使用いたしません。

※このシートはスキーシーズン中、全てのプログラムに有効です。

※皆様に最適なスキー用具を選定する目安となります。ご協力よろしくお願いいたします。

