

水泳

①	市町村名			ゼッケン番号			※ゼッケン番号は記入しないでください。
②	フリガナ			③	性別	1 男 ・ 2 女	
	氏名				④	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
⑤	現住所	〒 -				TEL	
		(施設名等:)			FAX		
					Mail		
⑥	身体障害者手帳	交付手帳	都道府県第 号 級 市(区)	障害名(手帳記載のとおり全文)			
		障害の原因となっている傷病名等(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)			視覚に障害のある者のみ記入。矯正できない場合は「不可」に○。		
⑦	療育手帳	有	更新状況(手帳の記載をもとに記入) 更新時期 () 年 () 月 ・ 更新不要	無	※療育手帳がない場合は、別添で関係書類を提出すること		
		⑧ 障害の分類 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的 5 内部 6 精神					
⑨	重複障害	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的 5 内部 6 精神 7 その他 ()					

⑩ 障害区分

主たる障害の該当する番号1つのみに○印を付けてください。

上肢	1	手部切断	脳原性麻痺(脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	17	四肢麻痺(車いす常用)または、上肢に著しい不随意運動を伴う走不能		
	2	片前腕切断または、片上肢不完全		18	両下肢麻痺または上肢に軽度の不随意運動を伴う走不能		
	3	片上腕切断または、片上肢完全			19	片側障害で片上肢機能全廃	
	4	両前腕切断または、両上肢不完全				20	その他の片側障害で走不能
	5	両上腕切断または、両上肢完全 片前腕および片上肢切断					21
下肢	6	片下腿切断または、片下肢不完全	聴覚・平衡機能障害、音声・言語、そしゃく機能障害	22	浮具使用		
	7	片大腿切断または、片下肢完全		23	視力0から0.01まで		
	8	両下腿切断または、両下肢不完全			24	その他の視覚障害	
	9	両大腿切断または、両下肢完全 片下腿および片大腿切断				25	聴覚障害
上下肢	10	片上肢切断および片下肢切断 片上肢不完全および片下肢不完全	知的障害	26	知的障害		
	11	多肢切断または、片上肢完全および片下肢完全 両上肢不完全および両下肢不完全					
体幹	12	体幹					
車いす常用	13	第7頸髄まで残存					
	14	第8頸髄まで残存					
	15	下肢麻痺で座位バランスなし					
	16	下肢麻痺で座位バランスあり					

⑫ 出場種目

<別表1>を確認の上、希望する種目・自己記録・スタート方法をご記入ください。

希望順	種目名	自己記録
第1希望	飛込 ・ 台横 ・ 水中	
第2希望	飛込 ・ 台横 ・ 水中	
第3希望	飛込 ・ 台横 ・ 水中	

⑬ 特記事項

下記の該当する番号や項目等に○印を付け、必要事項をご記入ください。

- 特になし
- 規則上、スタート介助を認められている者(障害区分11・13・17・19・22)で、スタート時に(許可された者・競技役員(補助員を含む))による介助を希望
- 規則上、入退水の介助を認められている者(障害区分11・13・14・15・16・17・19・22)で、入退水時に(許可された者・競技役員(補助員を含む))による介助を希望
- 障害区分23・24の者で、ターンおよびゴール時に(許可された者・競技役員(補助員を含む))による合図棒等でのタッピングを希望
- 障害区分22の方は使用する浮具の種類 ()
- プールサイドでの移動のために、貸出用車いすの利用を希望
- 聴覚、音声・言語等に障害のある者で(手話通訳・手書き要約筆記)を希望
- 視覚に障害のある者で、点字プログラムを希望
- 障害区分26の者および同等の障害を重複する者で、情緒不安定または種目の指示等により、競技エリアに同伴者入場を希望(その理由)
- 申請対象外の者で、競技エリアに介助者の入場を希望(その理由)

⑪ 障害区分確認事項

【障害区分1~22の方】は、該当する箇所に○印を付け、該当事項をご記入ください。

ア 切断 (部位) ()

イ 脊髄損傷 受傷部位 (第7頸髄以上 ・ 第8頸髄)
胸髄 ・ 腰髄以下
麻痺の程度 (完全 ・ 不完全)
座位バランス (ある ・ ない)
頸髄の場合 ①肘関節伸展と手関節屈曲が (できる ・ できない)
②把持能力が (ある ・ ない)

ウ 脊髄損傷・脳原性麻痺以外の車いす使用(二分脊椎、骨・関節機能障害、切断など)の者で座位バランスが (ある ・ ない)

エ 障害区分6~11(切断は除く)で、片足または両足で補装具なしで立つことが (可能 ・ 不可能)

オ 脳原性麻痺で、上肢に中等度以上の不随意運動や協調性低下が (ある ・ ない)

カ 脳原性麻痺で、上肢の関節可動域に制限が (ある ・ ない)

キ 脳原性麻痺で、走ることが (可能 ・ 不可能)

ク 脳原性麻痺の片側障害でストロークは (両上肢 ・ 片上肢) で行う

ケ 日常生活で使用している補装具(装具・車いす・杖など)が (ある ・ ない)

【ある場合必ず記入してください】

●常用の補装具名 []

●常用でないが併用する補装具名 []

⑭ 参加申込書類が提出された時点で、下記の掲載について同意があったものとして取扱います。

本大会は、競技プログラムや大会ホームページ等に障害区分(重複障害含む)、年齢区分、氏名、選手団名、競技中の写真および競技記録等の掲載を行う場合がありますので、あらかじめ御了承のうえ、お申込みください。

⑮ 全国障害者スポーツ大会への参加の可否	可	不可	※選手選考委員会にて決定をします。
⑯ 競技会当日の来場方法	自家用車	公共交通機関	その他()