

第19回新潟県障害者スポーツ大会個人競技参加申込書

《陸上競技》

フリガナ			性別	住民票のある市町村	
氏名			男 女		
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 満 歳	身体障害	1部 (39歳以下) 2部 (40歳以上)	知的障害 少年 (13~19歳) 青年 (20~35歳) 壮年 (36歳以上)
連絡先	〒				TEL : FAX :
所属名					
主障害	1. 身体	※身体障害の方は手帳に記載されている内容を記入してください			
	2. 知的	療育手帳あり (手帳交付申請中の方を含む)		療育手帳なし (取得の対象に準ずる方)	
重複障害	1. なし 6. 知的	2. 肢体 7. 精神	3. 視覚	4. 聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく機能	5. 内部
全国大会出場的意思	1. ある	2. ない	※必ずどちらかに○をつけてください。		

出場種目	自己記録 ※記録の記載のない申し込みは受け付けませんのでご注意ください		走幅跳の踏切板の距離
第1種目	必須	必須 分・m 秒・cm	1m 2m
第2種目	必須	必須 分・m 秒・cm	
リレーチーム名			

障害区分	
主たる障害の該当する番号1つの中に○をつけてください	
肢体1 切断・機能障害	
1	手部切断、片前腕切断、片上肢不完全 片上腕切断、片上肢完全
2	両前腕切断、片前腕・片上腕切断、両上肢不完全
3	両上腕切断、両上肢完全
4	片下腿切断、片下肢不完全
5	片大腿切断、片下肢完全
6	両下腿切断
7	片下腿・片大腿切断、両下肢不完全
8	両大腿切断、両下肢完全
9	体幹
肢体2 脳原性麻痺以外で車椅子常用・使用	
10	第6頸髄まで残存
11	第7頸髄まで残存
12	第8頸髄まで残存
13	下肢麻痺で座位バランスなし
14	下肢麻痺で座位バランスあり
15	その他の車椅子
肢体3 脳性麻痺 (脳性麻痺、脳血管疾患、脳外傷等)	
16	四肢麻痺で車椅子使用
17	けって移動
18	片上下肢で車椅子使用
19	上肢で車椅子使用
20	その他走不能
21	上肢に不随意運動を伴う走可能
22	その他走可能
肢体4	
23	電動車椅子常用
視覚障害	
24	視力0から0.01まで
25	その他の視覚障害
聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害	
26	聴覚障害
知的障害	
27	知的障害
内部障害	
28	ぼうこう又は直腸機能障害

特記事項	
該当項目に○をつけてください	
歩行杖等	1. 杖 2. 松葉杖 3. クラッチ 1本 2本 1本 2本
車椅子等	1. 両手駆動 2. 片手駆動 (片手、片足で駆動) 3. 足駆動 (前向・足のみで駆動) 4. 足駆動 (後向・足のみで駆動) 5. 電動車椅子
義肢・装具など	
聴覚障害の方で手話通訳を希望	

障害区分確認事項 (障害区分1~22の方)		
ア) 切断	部位【	】
	1. 頸髄損傷	四肢麻痺 対麻痺
	2. 頸髄損傷で座位バランス	ある ない
イ) 脊髄損傷	3. 胸髄損傷で座位バランス	ある ない
	4. 腰・仙髄損傷で座位バランス	ある ない
ウ) 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か		ある ない
エ) 脳原性麻痺で上肢の関節可動域に制限があるか		ある ない
オ) 上記のウ、エの障害で走ることができるか		可能 不可能
カ) 上記のイ、ウ、エ以外の障害で車椅子使用 (二分脊椎・関節機能障害・切断 など) で座位バランスが良好か		良好 不良
キ) 日常生活で使用している補装具があるか		ある ない
補装具【		】
ク) 下肢の機能障害で装具なしで立つことができるか		可能 不可能

いただいた個人情報は、本事業の目的以外に使用いたしません。