




(関係者以外閲覧禁止) ※記入例※ 特定非営利活動法人 スペシャルオリンピックス日本・鳥取  
[ ※事務局記入欄※ ] 2014年1月7日

ふりがな	とうきょう いちろ	
アスリート氏名	東京 一郎 (男)・女	
生年月日	西暦1994年 10月 22日 (満19歳)	
ふりがな	とうきょう たろう	
保護者氏名	東京 太郎 (東京印) 続柄/父	
住所	〒135 - 0016 東京都江東区東陽2-2-20東京 町センター内2階202	
連絡先 及び Eメール	電話: 03 3615 5569 / FAX: 03 3615 -5581	
	携帯(保有者/本人): 090 1234 -5678 (携帯) 保有者/父 : 090 -1111 2222	
	Eメール(PC/父): office@son-tokyo.or.jp	
	Eメール(携帯/本人): ichi_tokyo@docomo.n	
最寄駅	東西 線 東陽町 駅	
自宅以外の 緊急連絡先 (携帯電話)	ふりがな とうきょう はな 氏名 東京 花子	続柄/母 電話 090 -8765 -4321
アスリートの学校 または勤務先	東京特別支援学校	
住所	〒135 - 0016 東京都江東区東陽1-2-3	
連絡先	電話 03 1234 -5678	
プログラム参加 方法について (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 一人で参加する(交通機関利用は問題ない) <input checked="" type="checkbox"/> 家族が送迎/一緒に参加する <input type="checkbox"/> ガイドヘルパーが送迎する <input type="checkbox"/> 時と場合による	

加入済みの 傷害保険	保険会社名/ SONT保険会社	保険の種類/ 傷害保険	加入者氏名/ 東京 一郎
---------------	--------------------	----------------	-----------------

【注意】・本書類は、必ずファミリー(保護者)が確認し、保護者氏名の欄に押印して下さい。  
・本書類は、アスリートとしての登録書類であり、NPO法人への入会書類ではありません。

※事務局記入欄	<input type="checkbox"/> 診察記録	<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 入会オリエンテーション	20 / /	<input type="checkbox"/> 手帖	20 / /
	登録年月日		20 / /	( 新規・更新 ) :		

※ご記入頂いた個人情報、スペシャルオリンピックス日本・東京のアスリート管理及び資料(ニューズレターや各種お知らせ)の送付、イベントやプログラムなどの案内、プログラム参加管理等の目的以外には使用いたしません。また、法人以外に情報が流出しないよう最善の注意をもって管理いたします。

アスリート氏名	東京 一郎 (男) 女) 年齢19歳	記入者	東京 花子 (続柄母)
障害名	知的障害	療育手帳	有 (等級: 4 / 取得都道府県 東京都) / 無

下記事項は、トレーニング実施の際参考にします。  
アスリートが安全に楽しくプログラムへ参加するための重要な情報なので、必ず記入して下さい。

### 【アスリートの健康面について】

1. 何か持病／慢性疾患／発作がありますか？

・てんかん発作 有 / (無) (有の場合、最終発作はいつでしたか？ 年 月)  
発作がおこった時の様子は？ どのように対応したら良いですか？

・ぜんそく発作 (有) / 無 (有の場合、最終発作はいつでしたか？ 2009年 11 月)  
発作がおこった時の様子は？ どのように対応したら良いですか？

**水を飲ませて安静にして、外気を吸わせてください。**

・アレルギー (有) / 無 (有の場合、何に対してのアレルギーですか？ 何を注意したら良いですか？)

**アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎**

・心臓疾患 有 / (無) (有の場合、何を注意すれば良いですか？)

2. トレーニングに参加するにあたり、健康上の理由から制約はありますか？コーチが気をつけなくてはならないことはありますか？  
(○)特になし /

3. 常用している薬がある場合は、薬品名と服薬の目的を記入して下さい。

( )特になし / アレジオン (抗アレルギー薬) ・フルタイド (喘息の発作止め) ・リスパダール (精神)

4. 体調が悪くなった場合(体のどこかが痛くなったり、気分が悪くなったりしたら)

(○)誰にでも分かるように伝えられる ( )伝えることが難しいので配慮が必要

5. 主治医あるいはかかりつけの病院がありますか？ ( )特になし

病院名: 東京クリニック

医師名: 田中 次郎

連絡先: 03-1234-

### 【アスリートの生活面について】 ※それぞれ当てはまるものどれかひとつに○をつけてください

#### 〈コミュニケーション〉

1) 言語について

- (○) 言語で受け答えができる  
( ) 単語程度はいえる  
( ) 何も言わないが理解はできる  
( ) 言語でのやりとりは難しい

2) 意思の伝達

- (○) 言葉で伝えることができる  
( ) 身振りなどで伝えられる  
( ) 手をひいて教える  
( ) 意思を伝えることが難しい

3) 指示の理解

- ( ) 指示を理解して行動できる  
(○) 指示の理解は可能であるが、多少問題あり  
( ) 的確ではないが、反応はする  
( ) 難しい

#### 〈対人関係〉

- (○) 問題は無い  
( ) 誰とでもどうにか成立する  
( ) 特定の人とならどうにか成立する  
( ) 難しい

#### 〈安全〉

1) 集団行動について

- ( ) リーダーの声かけだけで集団行動できる  
(○) 多少の注意と配慮が必要  
( ) 集団行動は難しい  
( ) 多動傾向がある  
( ) 行方不明になり保護されたことがある

2) 交通安全／危険箇所等

- (○) 交通信号・危険な箇所等を心得ている  
( ) 危険な箇所等心得ていないので注意と配慮が必要  
( ) 常に誰かが一緒に行動する必要がある

#### 〈身辺自立〉

1) 排泄について

- (○) 一人で出来る  
( ) 一部介助が必要である  
( ) 全面介助が必要である

2) 衣服の着脱について

- (○) 一人で出来る  
( ) 一部介助が必要である  
( ) 全面介助が必要である

\*アスリートがトレーニングに参加するにあたり、保護者にとって心配なこと、プログラムのコーチ・責任者へ伝えておきたいことなどを自由に記入して下さい。  
**こだわりがあったり、思ったように物事が進まない場合に多少不安定になる事があります。パニックになった場合は、落ち着くまで集団から離れた場所で休ませていただき、納得できるように言葉をかけていただくと、安心して落ち着きます。どうぞよろしく願いいたします。**