**パラテコンドー医療診断フォーム**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前　フリガナ | フリガナ | | |
| 連絡先 | ℡ | | |
| 緊急連絡先 | ℡　　　　　　　　　　　　　　自宅・実家・その他（　　　　　） | | |
| 住　所 |  | | |
| 生年月日（西暦） | 年　　　月　　　日　　　（年齢）　　　　　歳 | | |
| 身長、体重 | ㎝　　　　　　　　　　　㎏ | | |
| 障がい名 | ※部位を明記 | | |
| 障がい者等級 | 種　　　　　　　　　級 | | |
| 原因となった  疾病・外傷名 | 先天性・外傷・疾病・その他（　　　　　　） | | |
| 発生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 将来再認定 | 要・不要 | 再認定の時期 | 1年後・3年後・5年後 |
| 所　　属 | 協会　　　　　　　　　　　　　道場 | | |
| 会員登録番号 | （性別）　男　・　女 | | |
| テコンドー歴 | 年　　　　ヶ月　　　　　　　　　　　　級・段 | | |

・障がい情報（あてはまるものに○をつけてください）

　筋力低下・関節可動域障害・四肢欠損・筋緊張亢進・不随意運動・運動失調

・手術歴（例　○○年右上肢切断術／関節固定術など）

・服薬状況（通常時に飲んでいる薬など）

・既往歴（上記以外の障がい名や過去に罹患した病名など）