

第23回全国障害者スポーツ大会 個人競技
(施設・学校・作業所・育成会等に所属する方用)

① 所属団体名					② 所属長名		③ 連絡担当者名		
					印				
フリガナ					⑤ 性別	⑥ 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
選手氏名						1 男 2 女	年 齢	満 歳 (令和6年4月1日現在)	
⑦ 所属連絡先	〒				TEL				
					FAX				
フリガナ					承諾印	注)全国大会の候補選手が20歳未満の場合保護者の承諾を必ず取ってください。			
保護者名									
⑨ 障がい手帳	身体	県・市 第 号 級							
	療育	県・市 第 号 A・B・C							
	精神	県・市 第 号 級							
	手帳無	手帳をお持ちでない方は下記の該当する方に○をつけてください。 ① 手帳交付申請中の方 ② 取得の対象に準ずる方							
⑩ 障がい状況 ※身体のみ	障がい名(手帳記載のとおり全文)				障がいの原因となっている傷病名等(ポリオ、脳出血など)				
	視覚に障害のある方は必ず記入		裸眼	視力	右	左	視野	右	左
	矯正できないときは「不可」に○		矯正後	視力	右	左	視野	右	左
⑪ 障がい区分番号	陸上競技、水泳、アーチェリー、卓球、ボッチャを希望の方は「別表1」を参照の上、障がい区分番号を右の欄にご記入ください。								

⑫ 出場希望競技及び種目 ※出場希望競技1競技に○をつけ、希望種目をご記入ください。（「別表1」を参照）

希望競技	陸上競技・水泳・アーチェリー・卓球・フライングディスク・ボウリング・ボッチャ								
希望種目①	例) 200m				希望種目②	例) 400m			

⑬ 競技中の補装具の使用状況 ※該当するものに○をつけてください。

走行補助杖	杖・松葉杖(1本)・松葉杖(2本)・カナディアンクラッチ等(1本)・カナディアンクラッチ等(2本) その他()							
車椅子	地面を蹴って走る・片手駆動・両手駆動・電動車椅子 その他()							

⑭ 令和5年度に出場した大会等の記録

月 日	大会 名	出 場 種 目	記 録	自己最高記録

⑮ 推薦理由 ※必ずご記入ください。

--	--	--	--	--

⑯ 全国大会 出場の経験	全国身体障害者スポーツ大会(身体)	無	有	(開催地:)
	ゆうあいピック大会(知的)	無	有	(開催地:)
	全国障害者スポーツ大会(平成13年以降)	無	有	(開催地:)

- ※ 選考はこの推薦書を基に行いますので、本人及び保護者の意思を充分ご確認の上、提出してください。
- ※ 5月末の選考委員会で福岡市代表選手が決定いたします。結果は、所属先に郵送いたします。
- ※ 希望者多数の場合、調整を行いますので複数推薦者を提出される場合は、推薦順をご記入ください。
- ※ 別紙「事前調査票」「参加同意書」もご記入の上、申込み下さい。

第23回全国障害者スポーツ大会（佐賀）個人競技選手 事前調査票

1. 氏名 ()
2. 身長 (cm)・体重 (kg)
3. 現在、治療中の病気・ケガ等がありますか？（○をつけて下さい。）
ない ・ ある（何の病気・ケガですか？)
4. 今までにかかった病気・ケガがあれば教えてください。（該当するものに○をつけて下さい。）
めまい ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー () ・ 胃潰瘍
肝臓病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ その他 ()
手術を受けたことがある（何の？)
5. 最近1年以内に健康診断、又は病院受診したことがありますか？（○をつけて下さい。）
ない ・ ある（何のために受診しましたか？○をつけて下さい。）
健康診断 ・ 病気 ・ ケガ ・ その他 ()
病院受診で何か異常を指摘されましたか？
(指摘内容)
6. 現在服用中の薬などがあれば教えてください。（お薬手帳のコピー添付可）
()
内服について自己での管理ができますか？（○をつけて下さい。）
できる ・ 声かけや確認が必要 ・ できない
7. 今までに薬や注射で身体に異常が起きたことがありますか？（○をつけて下さい。）
ない ・ ある（何の薬ですか？)
※ある方のみ どんな異常が起きましたか？
発疹 ・ ぜんそく発作 ・ 気分不良 ・ 嘔吐 ・ 意識消失 ・ ショック状態
その他 ()
8. 運動中または終了後、以下のような症状がでますか？（該当するものに○をつけて下さい。）
動悸 ・ 息切れ ・ 不整脈 ・ 呼吸困難 ・ 胸の痛み ・ 圧迫感
その他 ()
9. 宿泊について
部屋割りについて、障がい状況等の理由で要望があればご記入下さい。ただし、要望に添えないこともありますのでご了承ください。特に要望がない方は記入不要です。
(例) 車いすのため、ベッドのある部屋を希望。障がい特性によりシングル希望。)
10. 乗り物酔いがありますか？（○をつけて下さい。）
ない ・ ある
11. 肢体障がいの方にお聞きします。移動する際の乗り物について要望があればご記入ください。ただし、要望に添えないこともありますのでご了承ください。
(例) ・ 車いす常用のため、観光バスの乗降は介助またはリフト車希望。
・ 下肢に障がいがあるため、座席は足を伸ばせる通路側希望。)

12. 日常生活について（○をつけて下さい。）

※「一部介助」や「全介助」に○がない場合、選手決定後に介助の希望を出しても希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

- ①移動手段： 独歩・杖・車いす・義足・装具・盲導犬・その他（ ）
長距離の移動やゆるやかな坂道・砂利道などがある場合があります。どの程度歩くことが可能ですか？：歩ける距離（ ）・時間（ ）
※移動ペースによっては、車いす等の利用をお願いする場合があります。
- ②食 事： 自立・声かけ・一部介助・全介助
（介助内容： ）
- ③更 衣： 自立・声かけ・一部介助・全介助
（介助内容： ）
- ④入 浴： 自立・声かけ・一部介助・全介助
（介助内容： ）
- ⑤ト イ レ： 自立・声かけ・一部介助・全介助
（介助内容： ）
- ⑥生活リズム： 自立・声かけ・一部介助・全介助
（介助内容： ）
- ⑦起床時間（ ）時 ・ 就寝時間（ ）時
- ⑧コミュニケーション手段 ※聴覚・視覚障がいの方のみお答えください。
不要 ・ 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ 点字
- ⑨支援用具（ホテル滞在時に貸出される用具で必要な物があれば○をご記入ください。）
不要 ・ S字フック ・ バスボード ・ 浴槽用マット ・ シャワーチェア ・ 防水シート

13. 介助者について

前問の「12. 日常生活について」で「一部介助」「全介助」と回答した方にお聞きします。5泊6日の派遣期間中、選手本人が日常生活面において介助者が必要な場合、ご家族や施設職員の方等に同行をお願いする場合があります。その際に介助者として5泊6日同行可能な方がいれば、下記にご記入ください。ただし、希望に添えないこともありますのでご了承ください。

- 介助者氏名（ ）
関 係 性（ ）※例：父または施設職員等
※同行の際は競技コーチ扱いとなりますので、練習会等にも参加していただきます。
※同行をお願いする場合のみ6月初旬までにご連絡いたします。

14. 希望している競技の現在の練習頻度と内容についてお答えください。

- ・競技（ ）
- ・サークルまたはクラブ名（ ）
- ・月に（ ）回程度練習
- ・1回あたりの実施時間（ ）時間程度
- ・主な練習内容（ ）

15. 日常生活やスポーツ活動場面において伝えておきたいこと、リスク管理上の留意点等、ご記入下さい。

例）お金や荷物の自己管理が難しく、よくなりません。

◆個人情報の取り扱いについて◆

当協会は、業務上知り得た情報を適切な業務運営に必要と認められる目的以外には、利用もしくは第三者に開示・提供することはありません。
事務局、看護師、各競技監督・コーチには必要に応じて情報を共有させていただきます。

第23回全国障害者スポーツ大会 SAGA2024全障スポ大会 参加同意書

福岡市選手団事務局
(福岡市障がい者スポーツ協会) 様

(氏名) _____ は、
令和6年10月26日(土)～28日(月)に開催される
『第23回全国障害者スポーツ大会』に福岡市選手団として
選出された際には、以下の内容について同意します。

- 結団式や各競技で行われる強化練習等に積極的に参加し、福岡市選手団としての自覚をもって行動します。
- ルール・マナーを守り役員の指示に従い、フェアプレー精神にのっとり行動します。
- 自身の健康体調管理に細心の注意をはらいます。
万一、体調不良等で選手団としての活動を継続することが難しいと事務局が判断した場合、その指示に従います。
- 大会期間中等に不測の事態が生じた場合、選手本人のみならずご家族等にも協力(迎え等)を要請することがあります。
その際にかかる費用については自己負担になることを承諾します。
- 万一、怪我・事故等が発生した時は、協会が加入する保険適応範囲内での対応について、異議を申し立てません。

以上、署名を以って全ての事項について同意致します。
(20歳未満の方は、保護者の同意を得た上で、本同意書に同意したものとします。)

令和6年 月 日

選手氏名

保護者氏名

※選手が20歳未満の場合は保護者の署名をお願いします。