

# スポーツ医事/トレーニング相談 申込書

年 月 日

ふりがな			生年月日	西暦	年 月 日 ( 歳)	
氏名						
現住所	〒			性別	男 ・ 女	
電話番号						
介助者氏名	続柄 ( )		連絡先			
障がいの有無	有		肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 内 ・ 知 ・ 発 ・ 精			
	無					
障がい名						
障害者手帳	身体障害者手帳		種	級	療育手帳	A・B
					精神障害者保健福祉手帳	級
相談希望日	第1希望日時				第2希望日時	

わかる範囲で構いませんので、以下の問いにお答えください。

医師・理学療法士に相談したいことは何ですか？

日頃、身体を動かす活動はされていますか？また、その頻度はどれくらいですか？

運動を行う上で気を付けることは何か聞いていますか？

■受付できない相談内容について

- 医療行為や、障がいの診断・判定
- その他、スポーツ相談として適切でないと判断した内容

■個人情報の取り扱いについて

個人情報については、スポーツ相談以外の目的では使用いたしません。  
相談の内容によっては、ご本人の同意の上、関係機関へ情報提供を行います。

担当者記入欄					
受付日	月 日	受付者		相談日時	