

## 2025年「車いす空の旅・沖縄」参加申込書

神奈川県厚生文化事業団 様

2025年 月 日

ふりがな		男	生年月日	西暦	年	月	日	( 歳)
参加者名		女	体 重		kg	身 長		cm
ふりがな		男	生年月日	西暦	年	月	日	( 歳)
付添家族名		女	続 柄		同居 ・ 別居			
ふりがな		男	生年月日	西暦	年	月	日	( 歳)
付添家族名		女	続 柄		同居 ・ 別居			
住 所 (自宅)	〒			電話番号	( )			
				携帯	( )			
				Mail				
生活状況 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> グループホーム (GH名 ) <input type="checkbox"/> 通所施設 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 学校在学中 ( 学校) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
障がい病名								
身体状況 (杖、補装具等 の有無・)	*参加される障がい児・者の状態がわかる表現でのご記入をお願いいたします。							
立位状況	<input type="checkbox"/> 自力で立位		<input type="checkbox"/> つかまっでの立位		<input type="checkbox"/> 立位取れない			
歩行状況	<input type="checkbox"/> 自力で歩行		<input type="checkbox"/> つかまっでの歩行		<input type="checkbox"/> 歩行困難			
座位状態	飛行機の中で自力座位が		<input type="checkbox"/> 取れる		<input type="checkbox"/> 取れない			
	座席ベルト以外の固定が		<input type="checkbox"/> いらぬ		<input type="checkbox"/> 必要 ( 股 ・ 胸 )			
けいれん発作・喘息について								
<input type="checkbox"/> 全くない ・ この数年内： 最終 年頃・ 年に数回・ 週に数回								
<input type="checkbox"/> 毎日数回 ・ その他 ( )								
けいれん発作の要因 ( )								
持参する医療機器 (経管栄養・導尿・吸引器・吸入器 等)								
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )								
服薬状況								
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )								
車いす利用	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり    手動 ・ 電動 (機種名 )							
	バッテリー種類 : ニッケル ・ リチウム							
申し込みにあたり募集等を何で知りましたか ( 具体的にご記入ください )								
<input type="checkbox"/> 紹介      ・ <input type="checkbox"/> HP      ・ <input type="checkbox"/> その他								
( )								

◎参加される障がい児・者の日常生活がわかる写真及び障害者手帳の写しを添付してください。

◎別紙、アンケートと併せて提出してください。

◎個人情報については、「車いす空の旅」事業を実施するために必要な範囲のみ使用します。