

令和8年度障害児機能回復訓練教室事前アンケート

受講されるお子様のこれまでの経験や身体状況等に応じて適切な指導を行うために、アンケートへのご協力をお願いします。

なお、記入していただいた情報については、当教室の運営以外の目的には利用いたしません。

那珂川市 健康福祉部 障がい者支援課

受講者氏名

Q 1. これまでにプールに入ったことがありますか？

入ったことが無い ・ 入ったことがある
(今回が初めて)

民間のスイミングスクール
 保育所・学校等
 那珂川市障害児機能回復訓練教室 (現在・以前)
 個人的にプールへ行く

Q 2. 受講の目的をご記入ください(習得したい具体的なものをお書きください)。

Q 3. 現在、気になる障害状況やご要望等をお書きください。

障害名 ()

Q 4. 病院や主治医から止められている事柄や動作がありますか？

・ 特に無い

・ ある

()

Q 5. 現在、服用されているお薬があればお書きください。(種類・量等)

| お薬名 | 服用時間 | 服用量 | 副作用等 |
|-----|-------|------|-------|
| | 朝 昼 晩 | 錠/1回 | ある ない |
| | 朝 昼 晩 | 錠/1回 | ある ない |
| | 朝 昼 晩 | 錠/1回 | ある ない |
| | 朝 昼 晩 | 錠/1回 | ある ない |

裏面あり

Q 6. てんかん・発作について、該当するところにご記入ください。

- | | | |
|---------|-------|--------------------|
| ①てんかん | あり・なし | ◎前回の発作は？（平成 年 月 日） |
| ①その他の発作 | あり・なし | ◎前回の発作は？（平成 年 月 日） |
| 対処方法は？ | 〔 〕 | |

Q 7. 更衣について、該当するところにご記入ください。

- ・付き添い必要なし
 - ・付き添い必要あり → （ 保護者が付き添う スタッフにお願いしたい ）
- 状況 〔 〕
- 使用更衣室 〔 受講者が1人で 男性更衣室
保護者が介助 女性更衣室 を使用します
スタッフが介助 〕

Q 8. 身体状況について、該当するところにご記入ください。

- | | | | |
|--------|----|----|--------------------------|
| ① 麻痺状況 | ない | ある | （四肢麻痺 片麻痺 上肢麻痺 下肢麻痺 単麻痺） |
| ② 視覚障害 | ない | ある | （状況： 〕 |
| ③ 言語障害 | ない | ある | （状況： 〕 |
| ④ 装具等 | ない | ある | （車椅子・杖・装具・その他（ 〕） |
| ⑤ その他 | ない | ある | 〔 〕 |

Q 9. 水泳について、該当するものに○をつけてください。

- | | | |
|--------------------|-----|------|
| ① 水が怖いですか？ | 怖い | 怖くない |
| ② お風呂は好きですか？ | 好き | 嫌い |
| ③ 水に顔をつけることができますか？ | できる | できない |
| ④ 頭まで潜れますか？ | 潜れる | 潜れない |
| ⑤ 水中歩行は出来ますか？ | できる | できない |
| ⑥ クロールは泳げますか？ | 泳げる | 泳げない |