

# 愛媛県障がい者ポッチャ大会参加申込書

令和元年 月 日

## 【参加者】

フリガナ 氏名	性別	年齢	生年月日	身体障害者手帳の有無 (有の場合は等級を記入)	障害名 (手帳記載)	重複の障害の有無 (障害名を記入)		
				有 ( 級 ) ・ 無				
住所 ( 〒 - )				当日の交通手段 (該当するものを○で囲むこと)	ランプ貸出希望の有無			
				交通機関 自家用車 その他 ( )	有 無 アシスタント氏名 (ランプ使用者は必ず記入)			
電話番号		メールアドレス						
		区分番号 (該当番号を○で囲むこと)	障害区分・解説			競技スタイル		
						立位	座位	
肢体不自由	I	切断 機能障害	1	多肢切断・両下肢完全で立位 【解説】 上肢・下肢の4肢のうち3肢体を切断し義足等を使用して立位で競技する者、もしくは脳原性麻痺以外で下肢の3大関節（股・膝・足関節）全てに機能障害があり、長下肢装具を使用して立位で競技する者			◎	
	II	脳原性麻痺 以外で車いす 常用使用	2	第6頸髄まで残存 【解説】 肩関節周辺の筋力はほぼ正常な四肢麻痺者（肘関節の屈曲と手関節の背屈は正常）				◎
			3	第7頸髄まで残存 【解説】 肩関節周囲と肘関節周囲の筋力がほぼ正常な四肢麻痺者（肩関節と肘関節、手関節の背屈と掌屈が正常だが、物がにぎれない）				◎
			4	第8頸髄まで残存 【解説】 肩関節周囲と肘関節周囲と手関節周囲の筋力はほぼ正常で指の曲げ伸ばしも可能な四肢麻痺者（把持能力はあるが、指を強く開いたり閉じたりできない）				◎
			5	多肢切断 【解説】 上肢・下肢の4肢のうち3肢体を切断し、車いすや椅子に座った姿勢で競技する者				◎
	III	脳原性麻痺 (脳性麻痺、 脳血管疾患、 脳外傷等)	6	四肢麻痺で車いす常用 【解説】 脳原性麻痺により四肢に著しい可動域制限や協調運動障害がある者で両上肢駆動による車いす使用者				◎
			7	けて移動 【解説】 脳原性麻痺による両上肢の障害が重度のため両下肢または片下肢で車いすを駆動させる者				◎
			8	片上下肢で車いす常用、または使用 【解説】 脳原性麻痺による片側障害で、動かすことができる側の上半肢と下半肢で車いすを操作する者				◎
			9	その他走不能 【解説】 脳原性麻痺による下肢障害で、杖や下肢装具の使用の有無に関わらず、走ることのできない者			◎	
	IV		10	電動車いす常用 【解説】 脳原性麻痺や脳原性麻痺以外の四肢麻痺者で、日常的に電動車いす（JIS T9203）を使用している者				◎

※座位とは、車いすおよび椅子に座った競技スタイルをいう。

## 【緊急連絡先】※必須

施設・機関名			
フリガナ 名前	電話番号		
※住所	( 〒 - )		

申込先  
 愛媛県障がい者スポーツ協会事務局（担当：田丸・藤川）  
 〒790-0843 愛媛県松山市道後町2丁目12-11  
 TEL：089-924-2101 FAX：089-923-3717  
 e-mail：syo-suppo@ehime-swc.or.jp