**ラポール上大岡利用(新規登録・変更)申請書**

太線の枠の中を記入してください。

変更の場合は、氏名、生年月日、住所と変更項目のご記入をお願いします。

　 　年　　月　　日　受付

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| フリガナ  氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | 横浜ラポールご利用 | | 無　・　有 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 番号 | |  | | |
| 生年月日 | (西暦)　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | |
| 連絡先 | 電　話　　　　（　　　　）  ＦＡＸ　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | メールアドレス | | ＠ | | | | |
| フリガナ  　　　住　所 | 〒　　　―    　　　　　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急  連絡先 | （フリガナ）  氏　　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | | 〒　　　― | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | （　　　　） | | | | | | | FAX | | | （　　　　） | | | |
| 健康  状態 | １　現在、または過去に下記のような病気がある方は○をつけてください。  心筋梗塞・狭心症・他心疾患・呼吸器疾患・腎臓疾患  脳出血・脳梗塞・高血圧・不整脈・てんかん・精神疾患  糖尿病・肝疾患・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　主治医に運動について相談しましたか？　　　　　　　はい・いいえ  ３　かかりつけの医療機関名（科）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　℡　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体調の管理に十分配慮し、利用いたします  署名  　□体調管理、□災害時の対応などの安全管理　　　　　　　　　　　　　　　（受付者名　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処理欄 | 障害名 | | 障　　　害 | | | | | | | | 障害の原因になった病名など | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 障害手帳等 | | □身体（　　種　　　級： 肢・視・聴・言・内）、□知的（　　 　）、  □精神（　　　）級、　□他の証明書等（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | 原本確認者名 |  |
| 利用形態 | | □障害者登録　　□障害者登録(一年間期限あり)　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種別等 | | □肢体(車いす・立位)□視覚(全盲・弱視)□聴覚(全ろう・難聴)□内部(呼吸循環・その他)  □知的(軽度・重度)　□精神　　　　　　□重複 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動手段 | | □歩行（自立・要介助・補装具使用・杖使用）□車椅子（手動型・介助・電動） | | | | | | | | | | | | | | | | |