

～ Let's UNIVERSAL PADDLERS ! ～
「B&G インクルーシブカヌー体験会 2019」実施要項

1. 目的 障害者へ向けたカヌー体験活動を提供し、「体験格差の解消」及び「海洋性レクリエーション体験の拡大」を図ることを目的とする。
2. 主催 加美町、公益財団法人ブルーシー・アンド・グリーンランド財団
3. 協力 一般社団法人日本障害者カヌー協会
4. 日時 2019年11月16日（土） 午前10時～12時（予定）
5. スケジュール ※スケジュールは当日変更になる場合があります。

| 時間 | 内容 | 備考 |
|--------|-----------------------------------|----------------------|
| 9:00 | 受付開始 | 受付後に随時着替え |
| 9:50 | 参加者 集合 | |
| 10:00～ | 開始・導入 ・講師挨拶及び事務連絡等 | |
| 10:10～ | カヌー乗船方法、漕ぎ方説明、水慣れ | LJ 着用体験・フィッティングなど |
| 10:30～ | カヌー体験 ・人数によりローテーションにて乗船 | サポートスタッフは参加者の体験補助を行う |
| 11:45～ | 片付け及び写真撮影 | |
| 12:00 | 解散 | |

※参加費は無料とする

6. 会場 やくらいウォーターパーク（温水プール）
住所：〒981-4375 宮城県加美郡加美町字味ヶ袋薬来原1-3-33 TEL：0229-68-1133
7. 参加対象 小学生以上（先着20名予定）
8. 講師 ①一般社団法人 日本障害者カヌー協会 会長 吉田 義朗 氏
②一般社団法人 日本障害者カヌー協会 事務局長 上岡 央子 氏
9. サポートスタッフ 「障害者カヌーサポートスタッフ養成講習会」参加者26名（希望者のみ）がサポートスタッフとして参加し指導・補助を行う。
※サポートスタッフの指導実習の場も兼ねることとする。
10. その他
 - ・持ち物は、筆記用具、水着、水に濡れても良い服装、着替え、タオルなど
 - ・けがや事故に関しては、保険の範囲内での対応のみ。

お問い合わせ・申込先

【申込先】加美町教育委員会スポーツ推進室 担当：伊藤
 〒981-4401 宮城県加美郡加美町宮崎字屋敷1-52-4
 電話：0229-69-5124 FAX：0229-69-6433
 Mail：kami-sports@town.kami.miyagi.jp

【事業に関する問い合わせ先】B&G財団 事業部 海洋センター・クラブ課 担当：藤田・栗原
 〒105-8480 東京都港区虎ノ門3-4-10 虎ノ門35森ビル9F
 電話：03-6402-5314 FAX：03-6402-5315

【参加申し込みは加美町までお願い致します。】

「B&G インクルーシブカヌー体験会 2019」メディカル インフォメーション シート

| 氏名 | 性別 | 年齢 | 血液型 |
|----|---|--|--|
| 1 | 障害名をできるだけ詳しくお書きください | | |
| 2 | パドルはしっかり握れますか？ | 右 左 | <input type="checkbox"/> 握れる <input type="checkbox"/> 握れない <input type="checkbox"/> 握れる <input type="checkbox"/> 握れない |
| 3 | 手首をかえす事はできますか？ | 右 左 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない |
| 4 | 足を踏ん張る事ができますか？ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | |
| 5 | 座位を保つことができますか？ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | |
| 6 | スポーツを定期的に行っていますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | 「はい」の場合スポーツ名は？ | | |
| 7 | 激しい運動をすると息苦しくなり胸もドキドキしてなかなか元に戻らない事がありますか | <input type="checkbox"/> 常になる <input type="checkbox"/> 時々なる <input type="checkbox"/> ならない | |
| 8 | 運動に制限がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | 「はい」の場合制限は？ | | |
| 9 | 水泳はできますか？ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> わからない | |
| | 「できる」場合 | <input type="checkbox"/> 泳げる(m) <input type="checkbox"/> 浮かんでいる事が出来る <input type="checkbox"/> ライフジャケットをつけてなら浮かぶことが出来る | |
| | わからない、もしくは水泳経験なしの場合 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある お風呂で、体が逆さまになったことなどありますか | |
| 10 | 水に対して、恐怖心等ありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある | |
| 11 | 現在治療中の病気がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名) | |
| 12 | 現在内服中の薬がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬名) | |
| | その薬には副作用がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(症状) | |
| 13 | 今までに薬、食べ物等で気分が悪くなったり、じんましんが出たりした事がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容) | |
| 14 | アレルギーがありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある アレルギーの内容: | |
| 15 | 褥瘡の心配がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心配な箇所: | |
| 16 | 関節の脱臼の経験がありますか？ (ある場合、いつ頃どの関節ですか) | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(年前)(関節) | |
| 17 | ひきつけの経験がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(きっかけ) | |
| 18 | けいれんの経験がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(きっかけ) | |
| 19 | 水に浸かると体が硬直しやすいですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 20 | 暑さには弱い方ですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 21 | 下に列記した病気のうち、今までかかったことのあるものにチェックを付けてください <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(具体的に) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 肝機能障害や肝炎 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患(具体的に) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞) | | |
| 22 | その他注意すべき点や、カヌーで補助具が必要な方はどんな補助具か、ご記入ください | | |

※ご記入いただいた個人情報は本体験会に用い、秘密は厳守いたします

※「①参加申込書」及び「②メディカルインフォメーションシート」は、一般社団法人日本障害者カヌー協会の協力を得て作成しています。