

第2回 おかやまUDコンテスト—わがまちのみんなのたてもの2009—応募用紙

◎応募建物のUD対応チェックシート

利 用 者	使いやすさ（※印欄は必ずご記入ください）				分かりやすさ		心地よさ	
	※出入口(道路からを含む)	※通 路(廊下)	※便 所	その他	案内表示	その他	休憩・待合スペース	その他
車いす使用者	○	○	○	・スロープ勾配 1/15 ・連続手すり ・片引戸(袖壁有) ・鍵の使用高さ ・鍵は大きめ ・自動扉 ・通路に障害となる物を置かない ・滑りにくい床材 ・介助者対応広さ ・荷物棚 ・人感センサー照明	○	・ビブサインと文字の併用 ・大きめの文字 ・分かりやすい案内板 ・サインの取付高さを低め ・弱視対応として分かりやすい色づかい	○ 十分な広さ	・常に介助できる人がいる ・常に清掃が行き届いている ・緑や花の手入れが出来ている ・明るく広い談話ロビー ・異臭のない空間 ・トイレ脇に休憩スペース ・電話室 ・インターネットにつなげる席
高 齢 者	○	○	○		○		○	
子 ど も (乳幼児連れ)	○	○	○		○		○ 授乳室/おむつ交換	
視覚障害者	○	○	○		△ 点字サイン無し		○	
聴覚障害者	○	○	○		○		○	
内部障害者	○	○	○ オストメイト		○		○	
外 国 人	○	○	○		△ 外国語サイン無し		○	
そ の 他	救急車搬送患者対応	ストレッチャー、ベッド使用者対応			外来患者・見舞客対応		松葉杖・首固定等特殊患者対応	

註：①各部所で使いやすさ・分かりやすさ・心地良さの視点から、各使用者に対して、単独で利用できる配慮のある場合○印を付けてください。

②

〃

少しでも手助けを必要とする場合は△印を付けてください。

③説明の必要な場合は枠内にコメントを記入してください。

④チェックシートは1枚に収める必要はありません。

◎応募者

建物の ・所有者 ・管理者 ・設計者 ・その他 (○印を付ける)	ふりがな (かぶ) × × × せつけい 事業所名: (株) × × × 設計	ふりがな △△せいけいげかびょういん 建物名称: △△整形外科病院
	ふりがな ○○ ○○ 代表者職、氏名: 代表取締役 ○○ ○○	建物所在地: 岡山市○区○○○123-456
	ふりがな おかやまし ○× ○○○ 住 所: 〒 700-○○○○ 岡山市○区○○○2-4-6	ふりがな 窓口担当者: (代表者以外へ連絡を希望される場合のみご記入ください。)
	TEL: 086-123-4567 FAX: 086-123-4568	Ema i l:@.....ne.jp