

# アイゼントレーニングレベル表

2022.11.20、27

クラス	対象者	練習内容	個人装備
レベル1 (初心者)	<p>アイゼン・ピッケルを余り使用したことがない人。</p> <p>①基本的な歩き方を学びたい&amp;練習したい人。</p> <p>②装備（ハーネス、カラビナ、スリング等）をあまり使ったことがない。</p> <p>③装備の使い方、ロープの結び方も練習したい。</p>	<p><u>アイゼンを履いて砂場及び一部岩稜通過の練習をする。</u></p> <p>①歩き方・ピッケルの使い方</p> <p>②砂場・周辺での歩行</p> <p>③フィックスロープを使った岩場の登下 降、</p> <p>④トラバースの練習</p>	<p>・アイゼン（10本爪以上）</p> <p>・ピッケル</p> <p>・ハーネス（又はスワミベルト）</p> <p>・スリング（60cm2本、120cm1本）</p> <p>・カラビナ6枚（2つは安全環付）</p> <p>・ブルージックループ1本</p> <p>・冬山登山靴、ヘルメット、手袋 他基本登山装備</p> <p>*不明な方は連絡下さい。</p>
レベル2 (経験者)	<p>アイゼン・ピッケルを使用して雪山・岩稜通過（練習会含む）経験のある方</p> <p>①基本装備を所有（アイゼン、ピッケル、ハーネス、カラビナ、スリング等）</p> <p>②装備の使い方やロープの結び方の経験がある人</p> <p>③基本的な岩稜歩きが出来る人</p>	<p><u>アイゼン・ピッケルを使用して砂場、岩稜通過の練習をする。</u></p> <p>①砂場・周辺でのアイゼン・ピッケルの基本練習</p> <p>②岩稜トラバースの練習（子屏風）</p> <p>③壁の直登</p>	<p>・アイゼン（10本爪以上）</p> <p>・ピッケル</p> <p>・ハーネス</p> <p>・スリング（60cm2本、120cm*1本）</p> <p>・カラビナ6枚（2つは安全環付）</p> <p>・ブルージックループ1本</p> <p>・下降器</p> <p>・冬山登山靴、ヘルメット、手袋 他基本登山装備</p>
レベル3 (経験者+)	<p>アイゼン・ピッケルを使用して雪山・岩稜通過・登攀（練習会含む）経験のある方</p> <p>①基本装備を所有（アイゼン、ピッケル、ハーネス、カラビナ、スリング等）</p> <p>②装備の使い方やロープの結び方が出来る人</p> <p>③基本的な岩稜歩き/岩登りが出来る人</p> <p>④確保技術を学びたい人</p>	<p><u>アイゼン・ピッケルを使用して岩稜通過/登攀の練習をする。</u></p> <p>①砂場・周辺でのアイゼン・ピッケルの基本練習</p> <p>②岩稜トラバースの練習（子屏風）</p> <p>③壁の直登</p> <p>④確保の仕方</p>	<p>・アイゼン（10本爪以上）</p> <p>・ピッケル</p> <p>・ハーネス</p> <p>・スリング（60cm2本、120cm1本）</p> <p>・カラビナ8枚（2つは安全環付）</p> <p>・ブルージックループ1本</p> <p>・下降器、確保器</p> <p>・冬山登山靴、ヘルメット、手袋 他基本登山装備</p>

(一社) 大阪府山岳連盟 COVID19対応健康チェック (2週間分)

氏名	
----	--

\* 新型コロナウイルス感染防止対策、参加事業の2週間前からチェックし、当日ご提出ください。

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	開催日
体温 (°C)															
症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
呼吸器症状	咳が続いている	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	息切,呼吸苦しい	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	痰が出る	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	喉の痛みがある	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	鼻水、鼻つまり	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
全身	頭痛	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	関節痛	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	下痢	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
その他	嗅覚、味覚の異常	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	その他														

行動チェック	新型コロナウイルス感染症と確定された患者、または疑われる患者と濃厚接触があった。 はい・いいえ ( 月 日)
--------	--