

登録ナンバー	
--------	--

登録日	20	年	月	日
フリガナ				性別
氏名				男・女
住所	〒			
電話番号				年齢
生年月日	西暦	年	月	日
※5市1町(三郷・草加・越谷・八潮・吉川・松伏)以外にお住まいで、勤務先(学校)が5市1町内のかたのみご記入ください。	勤務先(学校名)			
	所在地			

緊急連絡先 ※必須	氏名(続柄)	()
	電話番号	

以下の内容をご確認頂き、了承されましたら口に✓をしてください。

- トレーニングを始める前に必ず血圧を測ってください。
 健康状態に不安がある場合は、トレーニングを行わないでください。

アンケート

- ①利用目的は A 運動不足解消 B ダイエット C 体力測定
D 筋力向上 E その他()

- ②現在の運動習慣は A ある B ない
運動名: _____ 週 _____ 回

裏面へ

健康調査

①過去1年以内の健康診断結果はいかがですか？

- A 異常なし B 異状あり()
C 受けていない

②現在、かかっている病気はありますか？

- A なし B 心臓病 C 糖尿病 D 高血圧症 D 腰痛
F その他()

③現在、医師による運動制限を受けていますか？

- A いない B いる()

④現在、服用している薬はありますか？

- A ない B ある()

⑤今までにかかったことのある病気はありますか？

- A なし B 心臓病 C 糖尿病 D 高血圧症 D 腰痛
F その他()

⑥現在、妊娠していますか？ ※女性のみご記入ください

- A いいえ B はい (医師から運動の許可がある・ない)

備考
