

## 平成 29 年度 浦添市民体育館「スポーツ&amp;健康教室」申込書

受付日 ( 平成 年 月 日 )

教室名		はじめてエアロビクス		
ふりがな				性別
名前				男 ・ 女
住所		〒		生年月日
				昭和 平成 年 月 日
連絡先	自宅			年齢
	携帯電話			歳
	メールアドレス			@
職業				

## \*問診票\*

身長	cm	体重	kg	体脂肪率	%
血压	/	脈拍	拍	※血压、脈拍は必ずご記入ください	
運動歴			週 回 または 月 回		
			週 回 または 月 回		
<p>・次の質問にお答えください。</p> <p>1 教室への参加は初めてですか。 ( はい ・ いいえ ( 回目 ) )</p> <p>2 運動は好きですか ( はい ・ いいえ )</p> <p>3 食事は規則的ですか ( 規則的 ・ 不規則 1日 食 )</p> <p>4 一日の睡眠時間は何時間ですか _____ 時間</p> <p>5 眠りは浅く感じますか ( はい ・ いいえ )</p> <p>6 喫煙されていますか ( はい ・ いいえ )</p> <p>7 飲酒はされますか ( 飲まない ・ 飲む 週 回 )</p>			<p>・該当する項目に○をしてください(複数可)</p> <p>1 運動時に胸の痛みがある</p> <p>2 運動時に息切れが強い</p> <p>3 医者から運動制限の指示がある</p> <p>4 糖尿病と言われたことがある</p> <p>5 高血圧症と言われたこと</p> <p>6 めまい、たちくらみがある</p> <p>7 関節痛がある( 膝 ・ 肩 ・ 腰 ・ )</p> <p>8 食事について普段から気を付けている</p> <p>9 最近疲れやすい</p> <p>10 コレステロール値が高めである</p> <p>11 尿酸値が高めである</p> <p>12 薬を服用している (病名: ) (薬名: )</p> <p>13 その他何かありましたらご記入してください ( )</p>		
<p>・アンケート</p> <p>・教室開催の様子を写真撮影する場合がございますが、被写体として撮影してもよろしいでしょうか。( 可 ・ 不可 )</p> <p>・教室の受講生募集のご案内を希望しますか。( はい ・ いいえ )</p>					
受講料納期日		受講料		受付サイン	
1期	平成 年 月 日 ( )	円			
2期	平成 年 月 日 ( )	円			
3期	平成 年 月 日 ( )	6,000 円			

◎この情報は目的以外に使用致しません。