

平成 29 年度 浦添市民体育館「スポーツ&健康教室」申込書

受付日 (平成 年 月 日)

教室名	小学生体操教室			
ふりがな		性別	生年月日	
名前		男 ・ 女	昭和 平成	年 月 日
学校名		幼稚園 保育園	年齢	歳
住所	〒	自宅		
		携帯電話		
保護者名		メールアドレス	@	

* 問診票 *

身長	cm	体重	kg	体脂肪率	%
血圧	/	脈拍	拍	※身長、体重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	

・次の質問にお答えください。

- 教室への参加は初めてですか。
(はい ・ いいえ [回目])
- 運動は好きですか
(はい ・ いいえ)
- 跳び箱は何段跳べますか
(跳べる [段] ・ 跳べない)
- マット運動でできますか
(はい ・ いいえ)
- 鉄棒をしたことがありますか
(はい ・ いいえ)
- 高いところは怖いですか
(はい ・ いいえ)
- 一日の睡眠時間は何時間ですか
_____ 時間
- 食事は規則的ですか
(規則的 ・ 不規則 1日 食)
- 人見知りしますか
(はい ・ いいえ)

・該当する項目に○をしてください(複数可)

- 脱臼または骨折したことがある
- 音が聞きづらいことがある
- 医者から運動制限の指示がある
- 視力が弱い
- ひきつけを起こしたことがある
- 喘息・慢性気管支炎を持っている
- めまい、立ちくらみがある
- 寝つきがわるいまたは眠りが浅い
- 心臓病またはその疑いがある
- 治療中の疾患がある
(病名:)
(病名:)
- 薬を服用している
(病名:)
(薬名:)
(薬名:)
- その他何かありましたらご記入ください
()

・アンケート

- ・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)
- ・教室の受講生募集のご案内を希望しますか。(はい・いいえ)

	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 ()	5,000 円	-
3期	平成 年 月 日 ()	円	

◎この情報は目的以外に使用致しません。