

## 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	幼児体操教室3～4歳クラス (火曜日)		
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 )
- 跳び箱は跳べますか  
( はい [ 段 ] ・ いいえ )
- マットや布団で前まわりはできますか  
( 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: )
- 薬を服用している  
(病名: )  
(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 ( )	5,000 円	

◎この情報は目的以外に使用致しません。