

## 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5～6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	
<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 跳び箱は跳べますか ( はい [ 段 ] ・ いいえ )</p> <p>4 マットや布団で前まわりはできますか ( はい ・ いいえ )</p> <p>5 鉄棒をしたことがありますか ( はい ・ いいえ )</p> <p>6 高いところは怖いですか ( はい ・ いいえ )</p> <p>7 一日の睡眠時間は何時間ですか _____ 時間</p> <p>7 食事は規則的ですか ( 規則的 ・ 不規則 1日 食 )</p> <p>8 人見知りしますか ( はい ・ いいえ )</p>			<p>・該当する項目に○をしてください(複数可)</p> <p>1 脱臼または骨折したことがある</p> <p>2 音が聞きづらいことがある</p> <p>3 医者から運動制限の指示がある</p> <p>4 視力が弱い</p> <p>5 ひきつけを起こしたことがある</p> <p>6 喘息・慢性気管支炎を持っている</p> <p>7 めまい、立ちくらみがある</p> <p>8 寝つきがわるいまたは眠りが浅い</p> <p>9 心臓病またはその疑いがある</p> <p>10 治療中の疾患がある (病名: ) (病名: )</p> <p>11 薬を服用している (病名: ) (薬名: ) (薬名: )</p> <p>12 その他何かありましたらご記入ください ( )</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 ( )	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。