

平成 31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		コアコンディショニング&骨盤底筋トレーニング	
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	@	
緊急連絡先		●教室受講中のケガや事故など万一の際のみ使用致します。	
		氏名 続柄 電話番号	

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
			週	回	または
<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>		

受講料納期日		受講料	受付サイン
1期	平成 年 月 日 ()	7,000 円	
2期	令和 年 月 日 ()	7,000 円	
3期	令和 年 月 日 ()	6,000 円	

・教室の受講生募集のご案内を希望しますか。(はい ・ いいえ)

◎教室風景の写真撮影を行い、広報活動等に使用する場合があります。

◎この情報は目的以外に使用致しません。