

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	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	%
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>		

受講料納期日		受講料	受付サイン
1期	平成 年 月 日 ()	6,000 円	
2期	令和 年 月 日 ()	6,000 円	
3期	令和 年 月 日 ()	5,000 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。