

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (才)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

緊急連絡先(TEL) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (お名前 \_\_\_\_\_) 続柄 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ 記入例 ( skipinfo@kasumi-gr.com )

## &lt;質問事項&gt;

●トレーニングの目的 (複数チェック可) 生活習慣病 (高血圧・糖尿病・高脂血症) の改善・管理ダイエット運動能力の維持・向上その他 ( \_\_\_\_\_ )

●現在、何か病気にかかっていますか。 はい ・ いいえ

・病名 ( \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ )

●治療 (投薬など) を受けていますか。 はい ・ いいえ

●主治医を教えてください。

( \_\_\_\_\_ 医院・病院 \_\_\_\_\_ 先生)

・主治医から、生活指導を受けていますか。 はい ・ いいえ

・主治医から、運動制限されていますか。 はい ・ いいえ

●以下の病名にかかった事がありますか。 はい ・ いいえ

心臓病 ・ 呼吸器疾患 ・ 脳血管障害 ・ 整形外科疾患

※ 具体的に ( \_\_\_\_\_ )

●これまでに運動中、具合が悪くなった事がありますか。 はい ・ いいえ

●要介護認定を受けていますか。 はい ・ いいえ

※ (要支援 1 ・ 2 / 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

ケアマネジャー事業所 ( \_\_\_\_\_ ) 担当者氏名 ( \_\_\_\_\_ )

## &lt;医師記入欄&gt;

●問診及び診察の結果、トレーニングセンターの利用は ( 可能 ・ 見合わせる )

●その他特記すべきこと ( なし ・ あり→ \_\_\_\_\_ )

医師のサイン \_\_\_\_\_

## &lt;ご本人の意思確認欄&gt;

自分の意志で、SKIP トレーニングセンターを利用します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ご本人のサイン \_\_\_\_\_