

B & G運動教室 申込書

受領金額	
領収印 受付者	

ふりがな 氏名		西暦 年 月 日生 歳	男・女 型
住所	〒	電話番号	
緊急連絡先 氏名		緊急連絡先 番号	
保護者 氏名		※SS会員	はい / いいえ

※上の色がついている部分は、子供の教室に申し込みをされる方のみ記入してください。

教室名	(曜日)	教室	¥
	(曜日)	教室	¥
	(曜日)	教室	¥

上記の教室に申し込みします。

運動教室参加者アンケート

○運動教室をどこで知りましたか？

- 新聞
 リビング新聞
 班回覧
 ロコミ
ホームページ
 LINE
 Instagram
 Facebook
 その他 ()

○今回何回目の参加ですか？

- 1回目
 2回目
 3回以上

○運動教室を他の人にも紹介したいと思いますか？

- はい
 いいえ

○運動教室に対してご意見・ご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

()

誓約書

私はB & G運動教室に参加するにあたって教室指導方針に基づき指導を受ける事を承知致します。

また、注意事項を守り、身体的、精神的何らかの問題がないと判断し参加する事をこの書面をもって誓約いたします。

令和 年 月 日

ふりがな

氏名

健康チェック問診票

これからの指導に役立てるため、教室を受講する皆様の《既往症、健康状態、運動実施状況、日常の活動状況》をお聞かせ下さい。記載内容は厳守いたします。また既往症があり、医療機関を利用されている方は、運動の可否の指示を受けて下さい。

教室実施中指導員は受講する皆様の安全には十分配慮していますが、体調を崩すことも予想されますので「気分が悪い」「疲労感が強い」「身体の何処かが痛い」など体の不調が感じられる時には受講する皆様の判断においていつでも運動を中止してください。

● 既往症

1 次の病気になったことがありますか？あれば○をつけて下さい。

狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 脳血管障害 ・ 糖尿病
高血圧症 ・ 高脂血症 ・ 痛風 ・ 腰痛症 ・ 膝関節障害

2 その他現在治療中の病気はありますか？

()

3 現在服用中の薬はありますか？それは何の薬ですか？

()

● 健康状態

健康状態のチェック項目	はい	いいえ
医師より心臓に問題があると言われたことがありますか？		
心電図に異常があると言われたことがありますか？		
脈が急に早くなったり、不規則になったことがありますか？		
胸部が痛くなったことがありますか？		
気を失いそうになったことがありますか？		
めまいや立ちくらみがありますか？		
強い息切れがありますか？		
顔や脚にむくみがありましたか？		
血圧が高いといわれたことがありますか？または最近の測定で160/90を超えたことがありますか？		
血液中の総コレステロールや中性脂肪が高いといわれたことがありますか？		
血糖値が高いといわれたことがありますか？		
血液中の尿酸が高いといわれたことがありますか？		
運動により悪化する筋肉痛や関節の障害がありますか？		
気管支炎喘息、肺気腫などの慢性疾患にかかっていますか？		