

～ 初回者問診票 ～

記入日 西暦 年 月 日

登録番号

□にチェックしてください

フリガナ													
氏名													
性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日					年		月		日	歳
電話番号	()		血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> 不明									
住所	〒 -												
勤務先 または 学校名													

居住地域(以下から1つ選択してください)

- 町内在住 町内在勤 新発田広域在住 スタッフ その他

職業(以下から1つ選択してください)

- 会社員 公務員 団体職員 中学生 高校生 専門学校生 大学生
 無職 医師 看護師 介護士 農業 自営業 パート、アルバイト 主婦
 障がい者手帳あり その他 ()

スポーツ歴(以下から3つ以内で選択してください)

※短期間のものは除く

- 陸上競技 野球 サッカー バasketボール バレーボール テニス ソフトテニス
 ゴルフ バドミントン ラグビー 空手 フェンシング 水泳 山岳 弓道
 柔道 体操 剣道 ジョギング エアロビクス ダンス ヨガ 卓球
 ゲートボール スキー スノーボード フィットネストレーニング その他 ()

既往症

(項目に当てはまる方は○に数字を記入してください)
 ①現在治療中 ②過去に治療 ③経過観察中

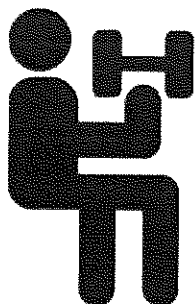
- 高血圧 高脂血症 脳卒中 狭心症・心筋梗塞 不整脈 喘息 糖尿病
 痛風 関節リウマチ 腎臓疾患 肝臓疾患 胃腸疾患 貧血 婦人科疾患
 がん 腰痛 椎間板ヘルニア 膝痛 靭帯損傷 アキレス腱断裂 脱臼
 骨粗しょう症 障がい者手帳 () その他 ()

※現在、過去に運動に制限のあるような病気・障害があれば記入してください

(医師に運動を禁止されている方、または健康上支障のある場合はご利用できません)

トレーニング目的(以下から2つ以内で選択してください)

- 体力・筋力アップ シェイプアップ 健康維持 競技力向上 リハビリ
 生活習慣病の予防、改善 ストレス発散 その他 ()



ご記入ありがとうございました

担当者

※個人情報保護法に基づき利用目的以外での使用はいたしません

NPO法人 SPONET SEIRO