

入舟リハビリ室 個人利用申し込み書

申し込み日 年 月 日
 ※ボールペンで記入をお願いします。

フリガナ			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	年齢	歳
氏名					
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	T・S	年	月 日
住所	〒 電話番号: ()				
緊急連絡先	①: () 氏名: 続柄() ②: () 氏名: 続柄()				
治療した ことのある 病気・ケガ	病気 ケガ →服薬中の薬 →医師に止められている事柄				
《運動状況》	()を 回/週・()				
自覚症状	<input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 膝の痛み <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> その他()				
喫煙状況	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(いつ頃: 年前) <input type="checkbox"/> 吸っている(本/日)				
飲酒状況	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む → 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々(回/週)				
運動目的	<input type="checkbox"/> 運動不足解消 <input type="checkbox"/> シェイプアップ <input type="checkbox"/> 持久力の向上 <input type="checkbox"/> 筋力向上 <input type="checkbox"/> ストレス解消 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防 <input type="checkbox"/> けがや病気のリハビリ・改善 <input type="checkbox"/> 健康づくり <input type="checkbox"/> その他()				
運動履歴	種目				
	頻度				
	目的				
希望すること					

※お預かりした個人情報、当施設利用に係る安全管理以外には使用致しません。

問診表

診断名	①高血圧症 ②糖尿病 ③高脂血症 ④変形性関節症 ⑤腰痛症 ⑥その他()
既往歴	心疾患:具体的に() ※ペースメーカー 有・無 整形外科疾患:具体的に() その他()
安静時血圧	/ mmhg
安静時心拍数	拍/分

※直近の健康診断の結果をご提出ください。心電図検査をしていれば、それもお願いします。

※主治医の有無 有 無【有の場合:名称 連絡: ()】

赤枠内をご記入下さい

入舟リハビリ室 個人利用申し込み書

友の会の入会状況を

申し込み日 年 月 日

満年齢を記入

フリガナ	イフネ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員	年齢	歳
氏名	入舟 太郎			
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	T・S	年 月 日

住所	〒 951-8011 新潟市中央区附船町1丁目441	電話番号:	025(228) 2606
----	----------------------------	-------	----------------

緊急時に必ず連絡の取れる連絡先をご記入下さい。(2ヶ所)

緊急連絡先	①: ○○○ (△△△) □□□	氏名:	入舟 一郎	続柄(長男)
	②: ()	氏名:		続柄()

治療した ことのある 病気・ケガ	病気	覚えている範囲で全てご記入下さい。
	ケガ	
	→服薬中の薬	
	→医師に止められている事柄	

《運動状況》	(EX: 散歩) を 3回/週 ・ ()	複数回答可
--------	-------------------------	-------

自覚症状	<input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 膝の痛み <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

喫煙状況	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(いつ頃: 年前) <input type="checkbox"/> 吸っている(本/日)
------	---

飲酒状況	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む → 頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々(回/週)
------	---

運動目的	<input type="checkbox"/> 運動不足解消 <input type="checkbox"/> シェイプアップ <input type="checkbox"/> 持久力の向上 <input type="checkbox"/> 筋力向上
	<input type="checkbox"/> ストレス解消 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防 <input type="checkbox"/> けがや病気のリハビリ・改善
	<input type="checkbox"/> 健康づくり <input type="checkbox"/> その他()

複数回答可

運動履歴	種目	EX : ジョギング、ラジオ体操 ...など
	頻度	
	目的	必ずご記入下さい。

希望すること	EX) 体力をつけて旅行に行きたい、山登りがしたい、○○したい。 なるべく具体的な内容の方が達成しやすいです。
--------	--

問診表	該当するもの全てに○を
診断名	①高血圧症 ②糖尿病 ③高脂血症 ④変形性関節症 ⑤腰痛症 ⑥その他()

既往歴	心疾患:具体的に() ※ペースメーカー 有・無 整形外科疾患:具体的に() その他()
-----	--

出来るだけ正確にお願いします。

必ず○を付けて下さい

安静時血圧	/ mmhg
安静時心拍数	拍/分

※直近の健康診断の結果をご提出ください。心 普段のおおよその数値をご記入下さい。