

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は、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 電話番号: 025(228) 2606
新潟市中央区附船町1丁目441

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()

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

《運動状況》 (EX: 散歩) を 3回/週 ・ () 複数回答可

自覚症状
 息切れ めまい 動悸 肩こり 胸の痛み
 膝の痛み 腰痛 その他()

喫煙状況
 吸ったことがない 以前吸っていた(いつ頃: 年前)
 吸っている(本/日)

飲酒状況
 飲まない 飲む → 頻度: 毎日 時々(回/週)

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

安静時血圧 / mmhg
 安静時心拍数 / 拍/分
 出来るだけ正確にお願いします。 必ず○を付けて下さい

※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。