

SKIP トレーニングセンター 利用申込書

お名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 明治・大正・昭和・平成 ____年__月__日 (____ 才)

住所 _____ 電話番号 _____ - _____ - _____

<質問事項>

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

運動能力の維持・向上

ダイエット

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

・ 主治医をお教えてください。

(_____ 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

<医師記入欄>

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 _____

<ご本人の意思確認欄>

自分の意志で、SKIP トレーニングセンターを利用します。

平成 ____年__月__日

ご本人のサイン _____