

この調査は、運動を行うに際し、けがや重大な事故を防止するための健康度調査についてのみ利用させていただきます。  
 尚、お客様の個人情報、弊社の個人情報保護方針に基づき厳重に取り扱いたします。  
 ※太枠内をご記入願います。

フィットネス&スパ カルヴァータ

フリガナ	性別	生年月日	T・S・H	年	月	日( )歳
氏名	男・女	連絡先 (TEL)				
■下記質問をお読みいただき、当てはまる項目に“○”または“✓”をつけてください。						
1	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?			いいえ	はい	
2	動作中(階段の上り下りなど)に胸の痛みを感じますか?			いいえ	はい	
3	過去一年間の間に、動作中以外にも胸の痛みを感じた事がありますか?			いいえ	はい	
4	めまいのためにふらついたり、失神したことがありますか?			いいえ	はい	
5	現在、医師から運動制限や日常の制限を言われていますか?			いいえ	はい	
	◇「はい」と答えた方→制限内容( )					
6	血圧を下げる薬を飲んでいますか?			いいえ	はい	
7	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか?			いいえ	はい	
8	糖尿病にかかっていますか?			いいえ	はい	
9	健康診断や精密検査で、医師に相談するように言われても、そのままにしている病気がありますか?		ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血 <input type="checkbox"/> 高血糖 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( )		
	10 現在、治療中の内科疾患はありますか?		ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血 <input type="checkbox"/> 高血糖 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 心電図異常 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( )		
11	ここ半年以内に、骨折または靭帯損傷をしましたか?		ない	はい(部位: )		
12	現在、治療中の外科的疾患はありますか?		ない	<input type="checkbox"/> 首・肩( ) <input type="checkbox"/> 腰部( ) <input type="checkbox"/> 膝( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	13 過去にかかった疾患や関節・靭帯の損傷がありますか? 例えば、狭心症、心筋梗塞、脳卒中、人工関節置換術等...		ない	はい( )		
14	現在、法定伝染病・感染症にかかっていますか?			いいえ	はい	
15	現在、妊娠をされていますか?			いいえ	はい	
16	その他、運動をするにあたって配慮することがありましたら、お知らせください。					
	膝が痛いので、床に座るのが困難。右耳が痛いので左側から話してほしい など					

誓約書

私は、自己の責任において上記質問に正直に回答し、運動に差し支えない状態で入会することを本人(又は保護者)署名の上、誓約致します。

年 月 日 氏名:

クラブ使用欄

会員番号	会員種別	受付	フィットネス
		初回利用予定日 月 日	サポート担当者
		フィットネスプラン ( F O M )	