

# 【入会時間診票】

入会日 年 月 日

フリガナ		西暦	年	月	日生
氏名	様		歳	男	・女

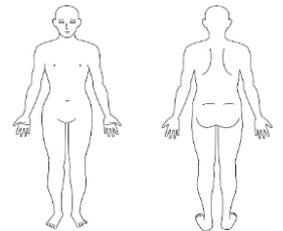
- ・運動の目的または目標はありますか？  特になし  
( )
- ・かかりつけ医はありますか？ ( ) ( ) ( )
- ・治療中の病気はありますか？  特になし  あり(下記表へご記入下さい)

治療中の病気	薬	いつから	症状や、手術歴など
糖尿病	有 無	から	
高血圧	有 無	から	
心疾患	有 無	から	
脂質異常症	有 無	から	
整形疾患	有 無	から	
その他 ( )	有 無	から	
その他 ( )	有 無	から	

・過去かかった病気、手術などをした事がありますか？

病名	いつ頃	
	頃	
	頃	

- ・体に痛みはありますか？  
 特になし  
 足(右・左)  膝(右・左)  
 腰(右・左)  肩(右・左)  
 その他( )



- ・ご家族に下記の病気に該当する方はいますか？  特になし  
 心筋梗塞( )  突然死( )  糖尿病( )  高血圧( )  
 脂質異常症( )  その他(病名: 、続柄: )

- ・現在何か運動をしていますか？  特になし  
 あり(内容: )

- ・過去に何か運動をしていましたか？  特になし  
 あり(内容: )

- ・以下に該当するものはありますか？
- ①片足立ちで靴下がはけない ( はい・いいえ )
- ②家の中でつまづいたり、すべったりする ( はい・いいえ )
- ③階段を上るのに手すりが必要である ( はい・いいえ )
- ④掃除機かけや布団の上げ下げなど動作がしんどい ( はい・いいえ )
- ⑤2kg程度の買い物した荷物を持ち帰るのが困難である ( はい・いいえ )
- ⑥15分位続けて歩くことができない ( はい・いいえ )
- ⑦横断歩道を青信号のうちにわたりきれない事がある ( はい・いいえ )