

2016

信愛

参加者募集！！

# “初心者” ランニング教室

医療法人信愛整形外科医院併設の『メディカルフィットネス信愛』は、一昨年からさが桜マラソン完走を目指した、ランニング教室を開催しています。今年は、新たな取り組みとして、初心者を対象とした1ヶ月間の教室を開催します！！

教室内容は、ただ走るだけではなく、《ウォーキング&ランニングフォーム、障害予防のための筋力トレーニング・セルフケア》などの指導も行います。

「走り始めたいけど、何から始めたらいいの?」、「フルマラソンは無理だけどファンラン(約10km)を走ってみたい!」、「普段走ってるけど、すぐ怪我をしてしまう。」など、ランニング初心者におススメの教室です！！ラン友を作って、ランニングライフを充実させましょう！！

募集人数

10名

対象

18歳以上の  
ランニング初心者

※応募多数の場合は抽選とさせていただきます。

教室期間

平成28年8月20日(土)～平成28年9月17日(土)

練習予定

5回目で、10kmもしくは5km完走を目指します！



2016桜マラソンスタート前  
ランニング教室参加者とスタッフ

練習日	時間	場所	内容
① 8月20日(土)	15:00～17:00	信愛整形外科医院	オリエンテーション、ウォーキング&ランニングフォームについて
② 8月25日(木)	18:30～19:40	信愛整形外科医院	jog&walk
③ 9月3日(土)	15:00～17:00	信愛整形外科医院	準備運動・整理運動について、jog&walk
④ 9月8日(木)	18:30～19:40	信愛整形外科医院	筋力トレーニング紹介、サーキットトレーニング
⑤ 9月17日(土)	15:00～17:00	信愛整形外科医院	5km or 10km走
※ 9月24日(土)	終日	ヤフードーム	ヤフオクドームリレーマラソン(任意参加)

参加費

5,000円(税込) ※教室途中での返金は致しかねますのでご了承ください。

参加費には、練習会参加費と下記検査代が含まれます。

参加費は、初回練習時にお支払いいただきます。

※ヤフオクドームリレーマラソン参加費は、各自負担(任意参加)。

※スポーツ傷害保険へ加入をご希望の方は、別途800円をお支払いください。

検査項目:体組成分析(筋肉量、体脂肪量等) 1回目と5回目の練習時に計測

申込方法

参加申込書兼問診票(2枚)に必要事項をご記入後、下記問合せ先まで郵送もしくはご持参ください。参加申込書は当院HPよりダウンロード出来ます。

※既往症や持病をお持ちの場合は、教室への参加をお断りする場合がございますので予めご了承ください。

申込締切

8月16日(火)18時迄

問合せ先

医療法人信愛整形外科医院2階 疾病予防運動施設「メディカルフィットネス信愛」

住所:佐賀市川原町4番8号 TEL:0952-22-1007 ランニング教室担当 岡崎迄

HP: <http://www.shin-ai-seikei.jp>

# 信愛初心者ランニング教室 参加申込書兼問診票

ご記入日：H 年 月 日

フリガナ 名前		生年月日	S・H	年	月	日	歳
住所	〒						
電話		緊急連絡先					
メールアドレス	@		※練習会等の連絡用に使用します。				

■既往症：これまでに病気・怪我・検査などで、入院あるいは一か月間以上の外来通院をしたことがありますか？

ある（下の表に記入してください） ない

年齢	病名	病院名	治療期間	手術	輸血
歳			年 月	有・無	有・無
歳			年 月	有・無	有・無
歳			年 月	有・無	有・無

■現在、病院に通院されていますか？

通院している（下の表に記入してください） 通院していない

いつから	病名	病院名	内服薬（薬の名前）
年 月から			( ) ・無
年 月から			( ) ・無
年 月から			( ) ・無

■検診で、下記の項目について指摘をうけたことがありますか？

- 高血圧    低血圧    貧血    高血糖    高尿酸血症    痛風    肥満  
骨粗鬆症    脂質異常    メタボリックシンドローム    ロコモティブシンドローム  
不整脈    徐脈    頻脈  
その他 ( )

■アレルギーはありますか？

- ない    花粉症    アレルギー性鼻炎    食物アレルギー ( )  
薬アレルギー ( )    その他 ( )  
喘息 ( 歳から・最後の発作は 頃・吸入薬名 )

■現在、あるいはこの半年間で感じた症状はありますか？

- 胸・首・顎・腕または他の部位（部位名： ）のしめつけられるような痛み・圧迫感・灼熱感  
安静時、あるいは軽い労作時の息切れ  
横になるより座った方が呼吸が楽（起座呼吸）または夜間に急に呼吸が苦しくなる（発作性夜間呼吸困難）  
下肢のむくみ    動悸または頻脈  
5～10分程度歩くと、足に痛みやしびれ、脱力が起こり、歩けなくなる。一休みするとまた歩けるようになるが、再び同じ症状を繰り返す（間欠性跛行）  
日常的な身体活動での異常な疲労感または息切れ  
関節の痛み 首・肩・腰・膝・足首・股関節・その他の部位 ( )  
その他の症状 ( )

## 誓約書

メディカルフィットネス信愛 御中

私は教室に参加するにあたり身体上問題がないことを確認の上、参加を申し込みます。なお、記入事項に虚偽はありません。

私は運動によって引き起こされる危険を理解し、運動を行う際には体調に十分留意して行います。

また、私は自分の責任において運動を実施し、貴施設に故意または重大な過失があった場合以外は、施設利用中、運動中の事故について、貴施設に対して一切の責任を問いません。

※この参加申込書にご記入いただきました内容につきましては、個人情報保護法に基づき、ご利用上の諸連絡や利用状況確認のために利用いたします。

名前	印
----	---

※2枚目のアンケートとスポーツ傷害保険加入の有無のご記入もお願いします。

■ランニングに関する下記の項目について回答してください。  
(実技および講義の参考にさせていただきます)

・現在の自己ベスト記録

(公認記録でなくても構いません。大会や練習で計測したことのあるものを書いてください。)

5km：        分        秒        10km：        分        秒  
ハーフマラソン：        時間        分        秒        フルマラソン：        時間        分        秒

・現在の練習の状況（1ヶ月間の走行距離、練習頻度、練習内容など）

・現時点での目標（目標の大会・タイムや教室期間中の目標（例：2日に一度は走る）など）

現時点の目標

・普段のランニング実施時の悩みなど

■スポーツ安全保険への加入について        保険料800円（当教室のみ適用）

スポーツ安全保険に    加入する        ・        加入しない        （該当するものに○をつけてください）

※ご記入ありがとうございました。参加申込書は、下記提出先まで郵送もしくはご持参ください。  
なお、抽選となった場合も含め、教室参加の可否は8月17日（水）にご連絡いたします。

提出先

〒840-0843 佐賀市川原町4番8号

医療法人信愛整形外科医院「メディカルフィットネス信愛」ランニング教室担当 岡崎宛

TEL：0952-22-1007

※ご持参いただく場合は、医療法人信愛整形外科医院の2階にお願いいたします。

営業時間：平日（月～金）9：00～21：00、土曜 9：00～18：00

日曜・祝日は休館日