

“桜マラソン出場者必見”

2018

信 愛

参加者募集！！

フルマラソン完走対策講座



さが桜マラソン開催1ヶ月前に、完走を目指した対策講座を開催します。

申し込んだもののあまり練習できていない方や初めてフルマラソンを走る方など初心者向けの講座となります。

講座では、完走の秘訣や、膝が痛くなりにくいフォームの指導などを行います。

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。

日時

平成30年2月18日(日) 13時～16時30分



13:00～13:10	受付・体調チェック
13:20～13:30	オリエンテーション
13:30～14:20	講義(完走に向けてのポイント説明)
14:20～14:30	休憩
14:30～15:30	実技(ランニングフォームについて)
15:30～16:20	ランニング(お堀周辺 約5km)
16:20～16:30	諸連絡・アンケート



参加費

3,000 円(税込) ※スポーツ傷害保険料含む

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、FAX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

2月10日(土)18時迄

指導担当

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 / FAX: 0952-28-5526

ランニング教室担当 岡崎迄

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



その他、マラソン
完走経験のある
スタッフがサポート
します。

岡崎 寛実 (走歴20年)

・健康運動指導士

・JRTA認定マスタートレーナー

2018信愛フルマラソン完走対策講座 参加申込書兼問診票

ご記入日：H 30 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 コ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、運動を行うに際して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ので、わかる範囲で記入をお願いします。)

・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があれば書いてください。)

5km: 分 秒 10km: 分 秒

ハーフマラソン: 時間 分 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)

・桜マラソンでの目標(目標のタイムなど) ※桜マラソンに出場されない方は、今後の目標をご記入ください。

・普段のランニング実施時の悩みなど

※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・FAX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2月13日(火)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 FAX: 0952-28-5526

※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) 9:00~20:00、土曜 9:00~18:00

日曜・祝日は休館日