

| | | | | | | | |
|------------|---|-------|-----|---|---|---|-------------|
| 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 | @ | | | | | | ※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 ヶ月 | 有・無 | 有・無 |
| 歳 | | | 年 ヶ月 | 有・無 | 有・無 |
| 歳 | | | 年 ヶ月 | 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受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 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)

・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(木)以降にメールにてご連絡いたします。

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