

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