

健康チェックシート

(ふりがな) 氏名		記入日	年 月 日
住所	〒		
生年月日	(西暦) 年 月 日 歳	TEL	— —

1. ご参加の目的は何ですか？（体験、運動不足解消、ボディメイク、肩こり解消のためなど）

()

2. 運動歴（一般参加、運動指導者を目指す方）

☐しない ☐ほとんどしない

☐する（運動の種類： / 頻度：週 回程度）

3. 健康チェック

はい いいえ

- ☐ ☐ ①運動（歩行）中に胸の痛みを感じることがありますか？
- ☐ ☐ ②過去1ヶ月の間に安静でも胸の痛みを感じたことがありますか？
- ☐ ☐ ③歩く程度でも息切れを感じて立ち止まって休むことがありますか？
- ☐ ☐ ④ふらついたり気が遠くなったり、失神したことがありますか？
- ☐ ☐ ⑤長い時間、立ち続けたわけでもないのに足首がむくむことがありますか？
- ☐ ☐ ⑥脈が急に速くなったり、脈がとぶ感じがすることがありますか？
- ☐ ☐ ⑦医師から心臓に問題や雑音が聞こえると言われたことがありますか？
- ☐ ☐ ⑧安静にしている、動悸を感じることはありませんか？
- ☐ ☐ ⑨歩くと筋肉が痛み、足を引きずることがありますか？
- ☐ ☐ ⑩最近、異常な疲労感や息切れを感じることはありませんか？
- ☐ ☐ ⑪寝ると呼吸や胸が苦しくなり、座ると楽になることがありますか？
- ☐ ☐ ⑫現在、常用している薬はありますか？

はい の方、薬の種類および薬品名：

薬の種類および薬品名：

- ☐ ☐ ⑬医師から高血圧の合併症があると言われたことがありますか？
- ☐ ☐ ⑭医師から糖尿病の合併症があると言われたことがありますか？
- ☐ ☐ ⑮過去に大きな病気や手術をしたことがありますか？
- ☐ ☐ ⑯医師から足腰に障害があると言われたことがありますか？
（脊柱管狭窄症や変形性膝関節症などと診断されたことがある場合も含みます）
- ☐ ☐ ⑰現在、通院していますか？

はい の方、病名：

かかりつけの病院：

医師：

- ☐ ☐ ⑱1～17以外で現在、気になることがありますか？

具体的に：

- ☐ ☐ ⑲何らかの理由で医師から運動を止められたり制限されていますか？

4. 緊急連絡先（ご本人様以外の方の連絡先をご記入ください）

氏名&TEL	氏名	TEL：	—	—
自身とご関係				

※取得したお客様ご本人の個人情報を、お客様の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

5. オンラインレッスンを何でお知りになりましたか？

☐公式 LINE の案内 ☐ホームページ ☐SNS（Facebook 等）

☐家族・知人の紹介 ☐その他（ ）