「サンスポート佐久」　健康チェック問診票

|  |
| --- |
| **健康チェック問診票** |

令和　　年　　月　　日記入

運動を実施するにあたって健康状況等についてお伺いします。

当てはまる項目にチェック☑を入れてください。

1. 最近、健康診断は受けましたか

　　　　　　　□ 受けた（　　　　　年　　月頃）、　□ 受けていない

1. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気にチェック☑を入れて、質問にお答えください。

□ 心臓病（狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、その他循環器の病気）

　　　　　　 → いつ頃ですか　（　　　　　年　　月頃）

→ 病名（　　　　　　　）　　内服薬　□ ある、　□ ない

　　　　　 　→ 心臓発作の経験はありますか　□ ある、　□ ない

□ 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、その他の脳卒中）

　　　　　　 → いつ頃ですか　（　　　　　年　　月頃）

□ 肝臓病　　→ 病名（　　　　　　　）

□ 糖尿病　　→ いつ頃からですか　（　　　　　年　　月頃から）

　　→ 血糖降下剤を使用していますか　　　□ はい、　□ いいえ

　　　　　　 → 過去に低血糖発作を起こしたことがありますか　□ ある、　□ ない

　　　　　　 → 合併症はありますか　　　　　　　　□ ある、　□ ない

□ 高血圧症　→ いつ頃からですか　（　　　　　年　　月頃から）

　　　　　　 → 血圧の薬を服用していますか　　　　□ はい、　□ いいえ

　　　　　 　→ 通常の血圧はどれくらいですか　（最高　　　　 ／最低　　　　　脈　　）

□ 感染症　　→ 病名（　　　　　　　　　　）

□ 骨粗しょう症

□ てんかん　→ てんかんの薬を服用していますか　□ はい　□ いいえ

□ 骨折　　　→ 骨折した部位（　　　　　　　）（　　　　　年　　月頃）

　※裏面も忘れずにご記入ください。

1. 現在、腰痛や膝痛など、痛いところはありますか
2. 上記以外で、現在治療中・内服中の病気やけがはありますか

□ ある　→病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ ない

1. 病気やけが、障がいのため、医師による運動制限の指導を受けていますか

□ ある　→ある方は具体的に

□ ない

1. 運動を行うにあたって、不安を感じている事や特別な配慮が必要な点はありますか
2. 現在の運動状況

□ 特に運動をしていない

□ ときどき運動をしている

□ 定期的に運動をしている（１日３０分以上を週２回以上）

　　　　　　→どのような運動をしていますか

☆記入者

※上記事項の内容によっては、医師の運動許可の証明書を提出していただく場合があります。

　　「健康チェック」や「医師の運動許可」は、安心して気持ちよく教室に参加していただくためのものです。ご理解のうえご記入をお願いします。

※記載された個人情報については、サンアップルおよびサンスポート教室事業以外には使用しません。

|  |
| --- |
| **緊急時の連絡先** |

連　絡　先

　　連絡先の方のお名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　）

ご記入ありがとうございました。