パーソナルトレーニング申込書

	<u>No</u>	申込日	年 月 日			
^{ふりがな} 氏 名		性	別男・女			
生年月日	西暦 年 月	年	齢 才			
ふりがな 住 所	〒 -					
電話番号						
メールアドレス						
※メールが可能な力	ちは、講師からの連絡をは	メールで差し上げます	ので記入してください。			
緊急時の連絡先						
氏 名		続	柄			
電話		1	1			
コース選択 ()内は受講料金 コ ー ス 選 択(〇印を記入)						
		3 (C) C C C C C C C C C				
1回(7,020円)	2回(12,960円)	3回(17,280円)	4回(21,600円)			
カウンセリング	ケア・フィードバック	ケア・フィードバック				
メニュー作成	トレーニング	トレーニング	トレーニング			
トレーニング	マッサージ	マッサージ	マッサージ			
マッサージ						

予約日

※料金は税込です。

年 月 日	時 間		
平成 年 月	時~ 時		

※料金にはトレーニングルーム利用料金及び傷害保険料が含まれています。

受付者【】

問 診 票

※この問診票は、申込者様の健康状態を把握し、無理なトレーニングを避けるためのものですので、正確に記入してください。

【日常生活について】

	_	
たばこ	・吸う(1日 本)	・吸わない
アルコール	・飲む 日/1週間	
	量 ·ビール(中ビン 500ml)	本 ·焼酎·酒(1合 180ml) 合
	・ワイン(1杯 120ml)	杯・その他
	・飲まない	
睡眠	起床 時 分ごろ	就寝 時 分ごろ
	平均睡眠時間時間時間	
食事の量	·朝(多·普通·少·無) ·昼(多·	· 普通· 少· 無) · 夜(多· 普通· 少· 無)
勤務·就学時間	時 分から 時	分

【既住症について】

1 高血圧	無	有(年前 現在)	8 心筋梗塞	無	有(年前 現在)
2 低血圧	無	有(年前 現在)	9 慢性肝炎	無	有(年前 現在)
3 狭心症	無	有(年前 現在)	10 肝臓病	無	有(年前 現在)
4 脳卒中	無	有(年前 現在)	11 偏頭痛	無	有(年前 現在)
5 不整脈	無	有(年前 現在)	12 肺炎	無	有(年前 現在)
6 心臟病	無	有(年前 現在)	13 ぜんそく	無	有(年前 現在)
7 肝臓病	無	有(年前 現在)	14 その他 (病名)	無	有(年前 現在)

【次のようなケガをした事がある方は、番号に○をつけて部位と経過を記入してください。】

1 捻挫 6 脱臼

2 アキレス腱切断 7 椎間板ヘルニア

3 じん帯損傷 8 半月板損傷

4 骨折 9 その他

5 肉ばなれ

【次の該当項目に丸をつけて記入してください。】

 1 医師に心臓が悪いと言われたことがありますか。
 無 有 (年前 現在)

 2 普段、動機やめまいを感じることがありますか。
 無 有 (どんなとき)

 3 現在、何か薬を服用していますか。
 無 有 (何の薬をいつから)

 4 健康診断は受けましたか。
 無 有 (いつごろ)

 その際に健康上注意されたことはありますか。
 無 有 ()

同 意 書

現在の健康状態について上記のとおりであり、別紙「利用規約」の各事項に同意した上で、 公益財団法人宮崎県スポーツ施設協会が提供するパーソナルトレーニングの申込みを致し ます。

年 月 日

住 所 氏 名

(FI)