

問 診 表

登録番号 _____ 受付日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____

[生年月日] T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 _____ (続柄 _____)

※ご本人の携帯電話は不可

会社名 _____

勤務先住所 _____

※台東区在勤の方のみ記入ください

次の設問で該当する欄にチェックを付けてください

① 既往歴はありますか？また特定の痛む箇所はございますか？

- ある (病名: _____ いつ頃: _____)
 ない

② 現在、運動について医師から制限を受けていますか？

- 受けている (理由: _____)
 以前受けていた
 受けていない

③ 定期的に服用している薬はありますか？

- ある (治療目的: _____)
 ない

④ トレーニング室の利用目的は何ですか？

- やせたい 体力をつけたい 運動不足解消 筋力アップ
 生活習慣病予防 リハビリ ストレス解消 競技力向上

ご協力ありがとうございました