

# 健康増進ルーム利用申請書

提出年月日 令和 年 月 日

登録番号																				
フリガナ																				
氏名																				
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		生年月日	(M・T・S・H)			年			月			日							
電話番号	( )			血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型															
住所	〒 -																			
勤務地 (学校名)																				
勤務地 住所	〒 -																			
緊急の 連絡先	名称																			
	電話番号	( )																		

## 1. 職業(以下から1つ選択してください)

- 会社員  公務員  医師  自由業  主婦  
 高校生  大学生  競技選手  その他

## 2. 利用目的(以下から1つ選択してください)

一般コース

- 生活習慣病の予防改善  運動不足解消  ストレス解消  減量  
 筋力アップ  骨密度維持  介護予防  その他

スポーツコース

- 全身持久力  パワー・スタミナ  瞬発力  スポーツ筋力

## 3. 健康づくり(以下から3つ選択してください)

- 陸上  水泳  サッカー  スキー  テニス  バスケット  
 野球  柔道  ゴルフ  ゲートボール  その他( )  
 トレーニング  ウォーキング  運動していない

## 4. 既往症(以下から該当するものを選択して下さい)

- 脳卒中  狭心症・心筋梗塞  喘息  高血圧  糖尿病  脱臼(肩・膝)  
 肝臓病  腎臓病  貧血  胃腸病  腰痛  その他

\* 該当する場合は記入願います。

かかりつけ 病院の連絡先	病院名		診療科目	
	担当医師名		電話番号	

## 5. 主観的体力(以下から1つ選択してください)

- 自信がある  普通  自信がない

### 確認事項

以下の内容をお読みになり、同意いただける場合にはサインをお願いします。同意いただけない場合は、健康増進ルームをご利用いただけません。

○運動を実施するにあたり、健康に不安のある方は必ず医師(主治医等)の指示を受けてからご利用ください。

○指導員が安全の確保が困難であると判断した場合は利用をお断りすることがあります。

(感染防止のために依頼する事項が守られない場合や血圧が高い(140/90mmHg以上)など運動の実施が不相当と考えられる場合)

○入館時および退館時は必ずコンディション入力をお願いします。感染者が発生した場合、入退館情報を保健所へ提供します。

私は上記内容に同意し、傷病や事故等に注意し、自己の責任において利用します。

(サイン)