

健康増進ルーム利用申請書

提出年月日 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	西暦	年	月	日		
電話番号									
住所	〒 ー								
通勤通学先 ※市外居住の場合	名称								
	住所	〒 ー							
緊急連絡先	氏名等						続柄		
	電話番号								
既往歴 (該当を選択)	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脱臼（肩・膝）								
	<input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> その他								
かかりつけ 医の連絡先	医療機関名					診療科目			
	担当医師名					電話番号			

----- 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)

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) _____