

受付日	年 月 日
利用番号	

フリガナ				性別
名前				男・女
住所				
電話				
年齢		生年月日	西暦	(年) (月) (日)
※(三郷・草加・越谷・八潮・吉川・松伏)以外に在住で、勤務先(学校)が5市1町内の場合	会社名			
	学校名			
	住所			

緊急連絡先	名前	(続柄:)
	電話	

健康調査 該当する箇所を選択してください

●利用目的 [運動不足解消] [ダイエット] [体力向上] [筋力増強]
[その他:]

●運動習慣 [あり] 種目: _____ ()回/週
[なし]



●健康診断の結果(過去1年以内)

[未受診] [良好] [所見あり:]

●現在の体調

[良好] [心臓疾患] [糖尿病] [高血圧] [腰痛]

[その他:]

[障害者・療育手帳を持っている :トレーニング室利用料金が免除されます]

●医師による運動制限

[なし] [あり:]

●現在の服薬

[なし] [あり:]

●病歴

[なし] [心臓疾患] [糖尿病] [高血圧] [腰痛]

[その他:]

●現在妊娠している(女性のみ)

[いいえ] [はい: 医師による許可あり]

備考
