

SFNo. _____ - _____

シルバーフィットネス参加申込書・簡易問診票

年 月 日

〈参加申込書〉

ID

保 リハ病院治療: 有・無

氏 名	フリガナ	男・女		
住 所	フリガナ			
	〒□□□□-□□□□	区		
生年月日	大正・昭和	年	月	日 (歳)
電話①		電話②		

〈簡易問診票〉

検査のためにお聞きします。

下記について、いずれかの□にチェックをお願いします。

1) 現在、通院中の病気はありますか？		
☐ ある	☐ ない	
2) 通院中あるいは今までにかかれた病気は、どのような病気ですか？		
☐ 高血圧	☐ 不整脈	☐ 変形性膝関節症
☐ 狭心症	☐ その他の心疾患	☐ その他
☐ 心筋梗塞	☐ 糖尿病	(病名:)
☐ 心房細動	☐ 脳卒中	(病名:)
3) 通院中の方は、参加について医師に相談しましたか？		
☐ 相談して、許可を得た		
☐ 相談していない		
☐ その他 ()		
4) 身体障害者手帳・特定医療費受給者証をお持ちですか？		
☐ ある	☐ ない	

※この申込書および簡易問診票に記入された事項は、この事業以外には使用いたしません。

10月～12月 開催予定日

ご都合の悪い日がある場合は
左の余白に「×」をご記入下さい

都合が 悪い日	検査1日目(火)	検査2日目(木)
×	○月 ○日	○月 ○日
	10月 7日	10月 9日
	10月 21日	10月 23日
	10月 28日	10月 30日
	11月 11日	11月 13日
	11月 25日	11月 27日
	12月 9日	12月 11日

<備考>

- ◆検査は、2日間にわたって行います。
- ◆日程は、こちらで決めさせていただきます。