

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 リハセン治療：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)
自宅電話		自宅FAX	
携帯電話		E-mail	

<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。

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	No.	第1日目(火)		第2日目(金)	
×	例	○月	○日	○月	○日
	1	4月	9日	4月	12日
	2	4月	23日	4月	26日
	3	5月	21日	5月	24日
	4	5月	28日	5月	31日
	5	6月	18日	6月	21日
	6	6月	25日	6月	28日

<備考>

- ◆検査は、二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。