

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)
自宅電話		携帯電話	

〈簡易問診票〉

検査のためにお聞きます。

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。