

# 吉野川市アリーナ トレーニング室 健康アンケート

(ふりがな)		生 年 月 日
お名前		年 月 日 ( 歳)

●健康状態について (□に✓、当てはまる症状は○で囲って下さい)

1. 現在の健康状態 □良好 □普通 □不良

2. 今までに医師より次の指摘を受けたことがありますか? □はい □いいえ  
 心臓病・脳血管障害・高血圧・糖尿病・貧血・その他( )

3. 現在次のような症状がありますか? □はい □いいえ  
 腰痛・関節痛・神経痛・首、肩こり・その他( )

4. 現在治療中の病気やケガがありますか? □はい □いいえ  
 「はい」の方のみ、お答えください。  
 傷病名( )  
 お薬を飲まれている方は、種類または名称( )

5. 3・4で「はい」の方は、医師からの運動の許可が出ていますか? □はい □いいえ

6. 規則的に行っている運動はありますか? □はい □いいえ  
 「はい」と答えられた方は種目、頻度、1回の量を教えてください。

運動種目	頻度	1回の量(時間など)
	回/ 週・月	

7. 運動する目的について教えてください。  
( )

8. その他、何か伝えておきたいことがあれば記入してください。  
( )

**誓 約 書**

上記のとおり相違なく自己の責任において健康状態を管理するとともに、良好な健康状態でトレーニング室を利用することを誓約します。

令和 年 月 日 本人又は保護者

(未成年者は保護者の承諾が必要です。)

**\*個人情報の利用目的について**

この度、お客様から頂戴いたします個人情報は、利用者の健康管理及びトレーニング室の安全管理に使用場合があります。また、それらの諸連絡を実施するにあたり『吉野川賑わい創出パートナーズ』で厳重に管理させていただきます。記載いただきます項目に変更がある場合は、下記問い合わせ先担当者までご連絡いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

**◎問い合わせ先**

吉野川市アリーナ 徳島県吉野川市鴨島町鴨島 252-1  
 TEL: 0883-22-2001