

令和4年度ヨガ教室

参加申込書（新規・継続）

この事業に参加を申し込みます。

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|--------|
| 氏名 | ふりがな | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 女 |
| 住所 | ※前回参加された方で、住所及び電話番号に変更がない場合は記載不要。 <input type="checkbox"/> 変更なし（チェックして下さい。） 〒 - TEL () - | | | | |
| メールアドレス | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1部（9:15～10:15） <input type="checkbox"/> 2部（10:45～11:45） <input type="checkbox"/> 夜間の部（19:45～20:45） ※希望の時間帯に印をつけて下さい。 | | | | | |

健康調査票

健康状態 あてはまるものに ○ をつけ、必要事項を記入してください。

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 現在、治療中の病気はありますか（1 ない 2 ある） |
| 2. 「ある」と答えた方は： 1) その病気名 [_____] 2) 薬を服用されていますか（1 いいえ 2 はい） 3) 「はい」と答えた方は、服用している薬の名前を記入してください [_____] 4) かかっている病院（診療所）の名前 [_____] 5) ふだん診てくれている先生の名前 [_____] 6) 主治医から次のような日常生活上の活動について制限されていますか？ 制限されているものがあれば記入してください。 （具体的に： _____） |
| 3. 過去に治療を受けた病気はありますか（1 ない 2 ある） |
| 4. 「ある」と答えた方は： その病気名 [_____] |
| 5. 最近6ヵ月以内に 1) 心臓発作が（1 なかった 2 あった） 2) 脳卒中の発作（軽いものを含めて）が（1 あった 2 なかった） 3) 入院したことが（1 あった 2 なかった） ↳ その病気は？（ _____ ） |

裏面にもございます

★太枠内をご記入下さい

6. お酒は飲みますか (1 はい 2 いいえ)
7. たばこは吸いますか (1 はい 2 いいえ)
8. 妊娠中ですか ※女性のみ (1 はい 2 いいえ)
9. 手足、指、関節または脊柱に機能の異常、変形はありますか (1 はい 2 いいえ)
10. 「はい」と答えた方は、具体的な症状をお書きください。

[]

11. 今回の教室に参加した動機は何ですか？(いくつでも可)

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ダイエット | <input type="checkbox"/> 筋力の向上 |
| <input type="checkbox"/> 腰痛改善したいから | <input type="checkbox"/> 姿勢の改善 |
| <input type="checkbox"/> 膝痛改善したいから | <input type="checkbox"/> 筋肉状態の改良 |
| <input type="checkbox"/> 興味があったから | <input type="checkbox"/> 消化の改良 |
| <input type="checkbox"/> ストレス解消 | <input type="checkbox"/> その他 [_____] |

12. この教室をどちらでお知りになりましたか？該当するものにシ点を付けて下さい。

- ラジオ 新聞 市広報 体協ニュース インターネット あいボード
 知人 案内が届いた その他 ()

13. その他、気になる事がありましたら、何でもお書きください。

安全を図るために

高血圧

●運動当日の血圧が140/90mmHg以上ある場合は、エクササイズを中止していただくことがあります。

(薬を服用されている方も同じ)

糖尿病

●運動当日の空腹時血糖が250以上ある場合は、運動を中止していただくことがあります。

※かかりつけの医師等がおられましたら、教室に参加する旨を相談してください。

※個人情報の重要性を認識し、個人情報を取り扱います。参加者へのサービス向上を目的とし、教室の案内や参加確認の連絡のために利用します。