

Do KAWASAKI 健康自己申告書(糖血圧)

本申告書は、会員の皆様が安全に本施設を利用して頂くため、また皆様の運動中の事故を少しでも未然に防ぐことができる様、職員がサポートしてゆくため必要なものです。

Q1 医師より運動を許可されていますか？	1、はい 2、条件付きで許可 () 3、いいえ 4、わからない
Q2 現在、病気の治療で通院されていますか？	1、はい 2、いいえ
Q3 Q2で「はい」と答えた方 現在の通院、治療状況をお聞かせください。	治療疾患名 通院頻度 病院名 電話番号 主治医氏名
Q4 Q2で「はい」と答えた方 運動の目安がわかれば右欄にご記入ください。	1、運動の種類 () 2、運動の強度 () 3、運動の時間 () 4、運動の頻度 ()
Q5 現在処方されている薬をお答えください。	1、高血圧の薬 () 2、糖尿病の薬 () 3、その他 ()

※ 本紙で得た個人情報については、個人情報保護法に基づき取扱わせていただきます。

以上、事実と相違ない事を申告します。

年 月 日 氏名 _____

事業所記入欄

NO,

コース