

## Do KAWASAKI 健康自己申告書(心脳)

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、心疾患の薬 ( ) 2、脳疾患の薬 ( ) 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 \_\_\_\_\_