問　診　表

登録番号 　　　　－　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日　　令和　　　年　　　　　　月　　　　　日

フリガナ

氏名

[生年月日]　Ｔ　・　Ｓ　・　Ｈ　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　（　　　　　　　歳）

住所

電話番号

緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　）

※ご本人の携帯電話は不可

会社名

勤務先住所

※台東区在勤の方のみ記入ください

次の設問で該当する欄にチェックを付けてください

1. 既往歴はありますか？また特定の痛む箇所はございますか？
   * ある　　　　　　　　　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
   * ない
2. 現在、運動について医師から制限を受けていますか？
   * 受けている　　　　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
   * 以前受けていた
   * 受けていない
3. 定期的に服用している薬はありますか？
   * ある　　　（治療目的：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
   * ない
4. トレーニング室の利用目的は何ですか？
   * やせたい　　　　　　　□　体力をつけたい　　　□　運動不足解消　　　□　筋力アップ
   * 生活習慣病予防　　□　リハビリ　　　　　　　　□　ストレス解消　　　　□　競技力向上

ご協力ありがとうございました