

運動のための問診表

年 月 日記入

氏 名： _____ (男 ・ 女)

緊急連絡先：(氏 名： _____ 【TEL _____ 】)

身長 [_____] 体重 [_____] 血圧 [_____ / _____] 心拍数 [_____]

生年月日・年 齢：(T・S _____ 年 月 日生 _____ 歳)

※運動を安全で効果的に行うために、以下の質問について当てはまる番号を○で囲んで下さい。また、必要に応じて(_____)内に記述して下さい。個人情報ですので、秘密厳守いたします。安心してご記入下さい。

◀ I ▶ 現在、体の具合の悪い所がありますか。

①はい ②いいえ

◆ 「①はい」と答えた方は、どういう点ですか。

① 熱がある ② 頭痛がする ③ 胸痛がある ④ 息切れする

⑤ めまいがする ⑥ 肩が痛い ⑦ 腰が痛い ⑧ 膝が痛い

⑨ 耳が聞こえ難い ⑩ 目がかすむ ⑪ 睡眠不足で眠い ⑫ 疲労感がある

⑬ その他 (_____)

◀ II ▶ 今までに何か大きな病気・怪我をしましたか又は現在していますか。

①はい ②いいえ

◆ 「①はい」と答えた方は、どのような病気・怪我ですか。

① 心疾患 (病名： _____) ② 脳血管疾患 (病名： _____)

③ ガン (病名： _____) ④ 関節痛 (病名： _____)

⑤脂質異常症（高脂血症） ⑥糖尿病 ⑦高血圧症 ⑧貧血 ⑨気管支喘息 ⑩

骨粗鬆症

⑪その他（ ）

《Ⅲ》現在お薬を飲まれている病気・怪我はありますか。

①はい ②いいえ

◆「①はい」と答えた方は、どのような病気・怪我とお薬ですか。

病気怪我名：（ ）

お薬名：（ ）

かかりつけの医院名：（ TEL ）

《Ⅶ》日常生活についてお伺いします。

◆現在、運動は定期的に行なっていますか。

①はい（何を ） ②いいえ

◆最近、食欲はありますか。

①はい ②いいえ（なぜ ）

◆最近、睡眠は十分ですか。

①はい ②いいえ（なぜ ）

◆喫煙はされますか。

①はい（ 本／日） ②いいえ ③過去は吸っていた

◆飲酒はされますか。

①はい（ ml／日） ②いいえ ③過去は飲んでいて

《Ⅶ》運動する上において注意する点、ご要望があればご記入下さい。