**問診票**

日付：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  | | |
| 携帯番号 |  | | |
|  | | | |

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 |  | 続柄 |  |
| 電話番号 |  |  | |

**既住歴**

現在または過去に、以下のいずれかが当てはまりますか？

（はいの場合は✔︎を記入してください。）

|  |
| --- |
| □心臓病　□脳卒中　□高血圧　□喘息　□貧血　□糖尿病（I型・II型） |
| 今までに手術を受けたことがある。　□はい　□いいえ  時期：  病名： |
| 安静時や運動時に、原因不明の胸の痛みを感じることがある。　□はい　□いいえ  身体的運動を伴うまたは伴わない失神またはめまいがおこる。　□はい　□いいえ |
| 身体運動の有無に関わらず、胸部、首、あご、腕、その他の身体に痛みまたは不快感がある。  □はい　□いいえ  部位： |
| 一時的な視力または発話（言語）能力の喪失、または身体の片側、腕、または脚の短期的なしびれまたは脱力がある。  □はい　□いいえ  部位：  症状： |
| 現在、競技や練習の支障となる「ケガ」や「痛み」がありますか？　□はい　□いいえ  部位：  症状： |
| その他 |

**家族歴**

あなたの第一度近親者（親、兄弟、または子供）のいずれかが以下の症状に該当しますか？

（はいの場合は✔︎を記入してください）また、（　）内にあなたとの続柄を記入してください。

|  |
| --- |
| □心臓病（　　　）　□脳卒中（　　　）　□高血圧（　　　）　□喘息　（　　　）  □貧血　（　　　）　□糖尿病（　　　）  □その他（　　　）病名： |

**運動歴**

現在または過去に、以下のいずれかが当てはまりますか？

（はいの場合は✔︎を記入してください。）

|  |
| --- |
| 過去に運動の経験がある。　□はい　□いいえ  期間：  内容： |
| ウエイトトレーニングの経験がある。　□はい　□いいえ  期間：  内容： |
| 現在運動を行なっている。　□はい　□いいえ  種目：  頻度：1ヶ月　　　回　／　一回あたり　 　分 |
| 喫煙歴がある。　□はい　□いいえ  「はい」の場合（　　　歳まで／現在も吸っている　　　本／日） |
| アルコールを飲む。　□はい　□いいえ  何をどのくらいの量： |

**その他**

|  |
| --- |
|  |