**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**

|  |
| --- |
|  |