

# 体験トレーニング問診票

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

血液型 ( \_\_\_\_\_ ) 血圧 低 ・ 正 ・ 高 身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

次のアンケートにお答えください。

- 1、 当施設を何で知りましたか？
  - ・ ホームページ
  - ・ Facebook などの SNS
  - ・ チラシ
  - ・ 店頭で看板を見て
  - ・ ご紹介 (どなたの \_\_\_\_\_ )
  - ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 2、 運動頻度についてお聞かせください。
  - ・ 毎日
  - ・ 週4日程度
  - ・ 週2～3日
  - ・ 週1日
  - ・ たまに
  - ・ 全くしない
- 3、 2で‘ある’と答えた方は、普段はどういった運動をしますか。  
( \_\_\_\_\_ 過去 \_\_\_\_\_ )
- 4、 生活習慣について当てはまるものに○をつけてください。
  - ・ たばこを吸う
  - ・ お酒をよく飲む
  - ・ 睡眠不足である
  - ・ 外食が多い
- 5、 どこか痛みを感じる箇所はありますか？
  - ・ 腰
  - ・ 肩
  - ・ ひざ
  - ・ ひじ
  - ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 6、 現在治療中のもの (過去にでも) があれば○をつけてください。
  - ・ 高血圧
  - ・ 高脂血症
  - ・ 糖尿病
  - ・ 虚血性心疾患
  - ・ 脳血管障害
  - ・ 悪性腫瘍
  - ・ 妊娠中
  - ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 7、 次のような症状があれば○をつけてください。
  - ・ 貧血
  - ・ 不整脈
  - ・ 冷え性
  - ・ 偏頭痛
  - ・ 運動時などに胸の痛みを感じる
- 8、 今回体験トレーニングを申し込んだ目的はなんですか？
  - ・ シェイプアップ
  - ・ 筋力アップ
  - ・ 美容、健康維持
  - ・ 腰痛、膝痛、肩こり改善
  - ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 質問チェック項目

- 本日は体調が良好である (睡眠不足、二日酔い、生理などもなく)。
- 食後すぐではない。
- 飲酒後ではない。
- アンケート6のいずれにも該当しない、または該当するが医師から運動の許可を得ている。
- トレーニング中に気分が悪くなるなどがあれば、遠慮なく申し出てください。
- 上の項目でひとつでも当てはまらない事があるという方はなるべく本日の体験トレーニングは中止にしてください。それでも実施する方、または虚偽の申告で実施された際に起こった事故や怪我につきまして、当施設トレーナーは然るべき応急処置に最善を尽くすことをお約束しますが、その責任を負うものではありません。

上記の事項を承諾いたしました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ご署名

パーソナルトレーニングジム ALIVE GYM