

錦江町総合交流センタートレーニング機器取扱講習会申込書

※ 講習会申込みに当たり、下記に必要事項を記入、捺印のうえ（高校生は、保護者の承諾印が必要）健康保険課に提出してください。

申請者の状況（事故防止のため健康状態を把握するものです。プライバシーは厳守されますので、できるだけ詳しくお書きください。）

※ 必要によっては、主治医の意見書を提出していただく場合があります。

氏名	性別 ( )	生年月日 (年齢)	
		年 月 日 ( 歳)	
住所	錦江町 ( 自治会)		
1 現在病院にかかっていますか。 ※ はいと答えた方のみお答えください。 病 名 ( ) 服 薬 ( あり なし ) 運動の制限 ( あり なし ) 医療機関名 ( )		はい	いいえ
2 1年以内に職場や町の健康診査、ドック等を受けましたか。 ※ はいと答えた方のみお答えください。 運動の制限 ( あり なし )		いいえ	はい
3 今までに以下の病気にかかって治療を中断したり、健康診査、ドック等で治療や精密検査を勧められたのにまだ受診していないものがありますか。 ※ はいと答えた方のみお答えください。 高血圧 心臓病 貧血 高脂血症 脳血管疾患 血液の病気 糖尿病 喘息 肺の疾患 神経痛 骨折 骨の病気 目、耳の病気 てんかん けいれん発作 悪性新生物 他 ( ) 中断 未受診 理由 ( )		はい	いいえ
4 スポーツ保険に入っていますか。		いいえ	はい

※トレーニング機器使用に係る講習会開催時間

毎月第1・第3月曜日の19時50分から20時50分まで

(祝日及び講師の都合により日程が変更になる事があります。)

※トレーニング機器使用時間

平日 10時から21時まで

土曜日・日曜日・祝日 13時から21時まで

# 誓 約 書

私は、錦江町総合交流センター機能訓練室（トレーニング機器）の講習会申込書に記載した健康状態等については、虚偽がないことを確約します。  
 また、機器を使用するに当たり事故等が発生した場合、自分の責任において対処することを誓約いたします。

年 月 日

錦江町長 様

住 所 \_\_\_\_\_

本 人 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

※保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

※電 話 ( ) \_\_\_\_\_

※高校生は、必ず保護者の承諾印をお願いします。

以上の申請書類をもって、講習会申込みをいたします。

※トレーニング機器使用に係る講習会開催時間

毎月第1・第3月曜日の19時50分から20時50分まで  
 (祝日及び講師の都合により日程が変更になる事があります。)

※トレーニング機器使用時間

平日 10時から21時まで  
 土曜日・日曜日・祝日 13時から21時まで

..... これから下は、記入しないでください。 .....

申 請 受 付	年 月 日	(窓口持参 代理持参 郵送)
書類チェック	問 題 な し	月 日 (講習会への連絡 )
	記 入 不 足	( )

課 長	チームリーダー	関 係 職 員				

## 健康チェック問診票・誓約書

これからの指導に役立てるため、教室を受講する皆様の《既往症、健康状態、運動実施状況、日常の活動状況》をお聞かせください。記載内容は厳守いたします。また既往症がある方、健康状態のチェックで「はい」に該当する項目がある方は、医療機関を受診し、運動の可否の指示を受けてください。

「気分が悪い」「疲労感が強い」「身体の何処か痛い」など体の不調が感じられる時には受講する皆様の判断において運動を中止してください。

### ●既往症

次の病気になったことがありますか、あれば○をつけてください。

《 狭心症・心筋梗塞・不整脈・脳血管障害・糖尿病・高血圧症・高脂血症・痛風・腰痛症・膝関節障害 》

その他現在治療中の病気はありますか《 》

現在、服用中の薬はありますか、それは何の薬ですか《 》

### ●健康状態

健康状態のチェック項目	はい	いいえ
医師より心臓に問題があると言われたことがありますか		
心電図に異常があると言われたことがありますか		
脈が急に早くなったり、不規則になったことがありますか		
胸部が痛くなったことがありますか		
気を失いそうになったことがありますか		
めまいや立ちくらみがありますか		
強い息切れがありますか		
顔や脚にむくみがありましたか		
血圧が高いといわれたことがありますか？または最近の測定で160/90を越えたことがありますか		
血液中の総コレステロールや中性脂肪が高いといわれたことがありますか		
血糖値が高いといわれたことがありますか		
血液中の尿酸が高いといわれたことがありますか		
運動により悪化する筋肉や関節の障害がありますか		
気管支喘息、肺気腫などの慢性疾患にかかっていますか		

## 誓 約 書

私は機能訓練室のマシン器具を使用するにあたり健康上問題がないことを確認の上、自分自身の健康管理には細心の注意を払い器具を使用します。なお、万一の事故の場合には行政に対しその責任は問わず自己の責任において処置いたします。

年 月 日

〒

住 所

氏名

印

緊急時連絡先者氏名

緊急連絡先