

R8年 10月～12月 開催予定日

- ◆検査は金曜日と翌週水曜日の2日間です。
- ◆2日間の組み合わせは変更できません。
- ◆日程は、参加可能日の中から決めさせていただきます。

下記組み合わせ日程のご都合をお答えください

1日目(金) 12:40～16:00	2日目(水) 9:00～13:30	どちらかに ○をつけてください
例) ○月 ○日	○月 ○日	☒ 参加できる ☐ 参加できない
10月 23日	10月 28日	☐ 参加できる ☐ 参加できない
10月 30日	11月 4日	☐ 参加できる ☐ 参加できない
11月 6日	11月 11日	☐ 参加できる ☐ 参加できない
11月 20日	11月 25日	☐ 参加できる ☐ 参加できない
11月 27日	12月 2日	☐ 参加できる ☐ 参加できない
12月 4日	12月 9日	☐ 参加できる ☐ 参加できない

SFNo. _____ - _____

シルバーフィットネス参加申込書・簡易問診票

年 月 日

〈参加申込書〉

ID

保 リハ病院治療: 有・無

氏 名	フリガナ	男・女
住 所	フリガナ	
	〒□□□□-□□□□	区
生年月日	大正・昭和	年 月 日 (歳)
電話 (日中にご連絡の取れる番号)	— —	

〈簡易問診票〉

検査のためにお聞きします。

下記について、いずれかの□にチェックをお願いします。

1) 現在、通院中の病気はありますか？		
☐ ある	☐ ない	
2) 通院中あるいは今までにかかれた病気は、どのような病気ですか？		
☐ 高血圧	☐ 不整脈	☐ 変形性膝関節症
☐ 狭心症	☐ その他の心疾患	☐ その他※
☐ 心筋梗塞	☐ 糖尿病	病名: _____
☐ 心房細動	☐ 脳卒中	
※内科的・整形外科的疾患など		
3) 通院中の方は、参加について医師に相談しましたか？		
☐ 相談して、許可を得た		
☐ 相談していない		
☐ その他 (_____)		

※この申込書および簡易問診票に記入された事項は、この事業以外には使用いたしません。