

## 健康チェックシート

(ふりがな) 氏名		記入日	年 月 日
生年月日	(西暦) 年 月 日 歳	TEL	- -

### 1. 今回ご参加のクラスは何ですか？

( )

### 2. ご参加の目的は何ですか？(体験、運動不足解消、ボディメイク、腰痛改善のためなど)

( )

### 3. 運動歴(一般参加、運動指導者を目指す方)

しない ほとんどしない

する → ( 運動の種類: / 頻度: 週 回程度)

### 4. 健康チェック

はい いいえ

①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？

(心電図検査で「異常がある」と言われたことがある場合も含みます)

②運動をすると息切れや、心臓や胸部が痛むことがしばしばありますか？

(はい の方はご記入ください: どのような時 )

③体を動かしていない時に胸部の痛みを感じたり、脈の不整を感じたりすることが

ありますか？

④「たちくらみ」や「めまい」、意識を失ったことがありますか？

⑤家族に原因不明で突然亡くなった人がいますか？

⑥健康診断などで、高血圧だと言われたことがありますか？

⑦医師から足腰に障害があると言われたことがありますか？

(脊柱管狭窄症や変形性膝関節症などと診断されたことがある場合も含みます)

⑧運動をすると、足腰の痛みが悪化しますか？

(はい の方はご記入ください: 病名 )

: かかりつけの病院 医師 )

⑨現在、常用している薬はありますか？

(はい の方はご記入ください: 薬の種類および薬品名 )

その他何か悩み、心配事がありましたらご記入ください。

[ ]

### 5. 緊急時連絡先(ご本人様以外の方の連絡先をご記入ください)

氏名&TEL	氏名 TEL:
住所	〒 -
ご自身とのご関係	

※ 取得したお客様ご本人の個人情報をお客様の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

### 6. オンラインレッスンおよびパーソナルを何でお知りになりましたか？

公式 LINE の案内 ホームページ SNS (Facebook、Twitter 等)

家族・知人の紹介 スタッフからの紹介

その他( )

## 同意書

### 運動を伴うオンライン(ZOOM)ご利用における同意書

からだの学舎(まなびや)Re-fit 主催のオンラインレッスンおよびパーソナルをご利用誠にありがとうございます。安全にご利用していただくために、下記の文章を読んでいただき同意の署名をされるようお願い申し上げます。

なお、ご同意いただけない場合は、当オンラインサービスを利用いただくことが出来ませんので、ご了承ください。

#### 【 オンラインサービス利用における自己責任 】

- ・ 利用時は自己の健康状態を把握し、良好な状態をご利用ください。
- ・ 今後健康状態に変化があった場合には、速やかに医師の診断を受け、利用に関する注意事項が発生した場合には、担当指導者に遅滞無く申し出願います。
- ・ 利用時に身体的・精神的な不快感(頭痛、胸部痛、血圧異常、失神、めまい、不整脈、心臓発作、脳卒中、出血、感染、筋・靭帯・腱・関節などの傷害、死など)が生じる可能性があることご理解くださり、ご自身の責任の上参加ください。
- ・ 利用時にご自身の施設や器具に破損が生じた場合、当方が弁償の義務を負わないことを理解ください。

#### 【 個人情報の取り扱い 】

- ・ 当社および当施設では取得したお客様ご本人の個人情報を、お客様の同意を得ずに第三者に提供することはありません。
- ・ 当社が発信する情報などを郵送させていただく場合がございますが、ご希望されない場合は申し出てください。

#### 【 ご予約のキャンセルについて 】

- ・ オンラインレッスン及びパーソナルのキャンセルは前日 15:00 まで受付致します。当日キャンセルの場合はフィーの全額をお支払い頂きますので前日 15:00 までに必ずご連絡を下さい。

私は上記文書を読み、その内容について理解し同意の署名を行います。		
年	月	日
〒		
住所 _____		
署名 _____		

#### 【 事務局記入欄 】

登録NO		対応者確認印
備考欄		