

会員番号		氏名	
生年月日	19 年 月 日生	年齢	歳
性別	男 女	職業	

1. 現在の状態についてお聞きします。該当するものにチェックマークをご記入下さい。

- 現在喫煙している。
- 血圧の異常を健康診断、または医師より指摘されている。
- コレステロール値の異常を健康診断または医師より診断されている。
- 血糖値の異常を健康診断または医師より指摘されている。
- 体重が標準値より超過していると健康診断または医師より指摘されている。
- 日常ほとんど運動していない。あるいは運動習慣がない。
- ご家族(54歳以下で、父親、兄弟、息子、64歳以下で母親、姉妹、娘)で心筋梗塞、冠動脈の手術、あるいは突然死の方がいる。

2. 現在日常生活で感じる症状についてお聞きします。

- 胸、頸部(首)、顎、腕など主に上半身の左側に痛みや不快感を感じる。(肩こり等の症状ではありません)
- 安静時や軽い日常生活動作中に息切れを感じる。
- めまいや失神することがある。
- 夜間就寝中に突然呼吸が苦しくなる場合があり、身体を起こし、座位の姿勢をとると楽になる。
- 足が頻繁にむくむ。
- 安静時に急に動悸を感じたり、頻脈(脈が速くうつこと)になる場合がある。
- 歩くと足に不快な痺れや痛みを感じ歩行困難になる場合がある。
- 心臓の異常な雑音を感じる。
- 日頃、異常なほどの疲労感を感じる場合がある。

3. 下記の疾病や整形的疾患をお持ちの方は、該当するものにチェックマークをご記入ください。

	現在治療中	以前の治療歴	医師による運動制限あり	未治療である		現在治療中	以前の治療歴	医師による運動制限あり	未治療である
1.高血圧症					14.糖尿病				
2.狭心症					15.肝疾患				
3.心筋梗塞					16.腎疾患				
4.心筋症					17.甲状腺疾患				
5.心臓弁膜症					18.てんかん				
6.先天性心疾患					19.うつ病				
7.心不全					20.精神病				
8.脳卒中 脳出血・脳梗塞 くも膜下出血					21.腰痛				
9.その他脳血管疾患					22.関節痛				
10.慢性閉塞性肺疾患					23.神経-筋障害				
11.喘息					24.筋骨格系障害				
12.間質性肺疾患					25.関節リュウマチ				
13.その他の肺疾患					26.その他()				

4. 3. の質問で医師による運動の制限がある場合は下記にご記入ください。

番号 □ ()

番号 □ ()

番号 □ ()

5. 常用薬または常備携帯薬があればすべてご記入ください。(医師の処方箋以外も含む)

()

6. 手術経験がある方はご記入ください。

外科的手術 ()

整形的手術 ()

7. 主治医がいらっしゃる場合はご記入ください。

病院名 () 病院名 ()

医師名 () 医師名 ()

所在地 () 所在地 ()

電話番号 () 電話番号 ()

8. クラブでの運動開始における質問や不安等ございましたらご記入ください。

()

私はこのメディカルスクリーニングシートの質問をよく読み、理解した上で自己の責任において回答しました。登録後の急性疾患や突発性の事故等につきましては、自己の責任において対処します。また、利用の規則を守った上で施設利用することに同意します。

20 年 月 日 本人署名
