会員 No.　　記載日：　　年　　月　　日

東光スイミングスクール　入会調査表

入会者氏名　　男 女　（西暦）　　年　　月　　日生　　才

希望クラス

質問事項すべてに記入またはチェックしてください。

＜ 入 会 ＞

1. 過去に本スクールの会員になったことがありますか？
   □ ない　□ ある（　　頃）
2. 身体に刺青（入れ墨）がありますか？
   □ ない　□ ある

＜ 健 康 ＞

1. 現在の健康状態についてどのように感じていますか？
   □ 良好である　□ ふつう　□ よくない
2. 現在、他に運動もしくは体を動かす事をしていますか？
   □ していない　□ している（　　）
3. 定期検診をうけていますか？
   □ 1年に1回　□ 半年に1回　□ 受けていない
4. 過去もしくは現在、下記の症状がありますか？
   □ 心疾患　□ てんかん　□ 高血圧　（□ 降圧剤）　□ 低血圧
   □ 不整脈　□ 糖尿病　□ 腎疾患　□ 貧 血　□ 肝障害
   □ 胃腸障害　□ 腰 痛　□ 膝 痛　□ 肩 痛
   □ その他（　　）
5. 現在治療中の病気はありますか？　尚、医師に注意されている事があれば
   病名（　　）

＜ 目 的 ＞

□ 健康維持、増進　□ 成人病予防　□ シェイプアップ
□ 筋力アップ　□ 泳ぎを覚えたい　□ リハビリ
□ ストレス解消　□ その他（　　）

スクール使用欄	医証明	受付者	担当者	ＳＣ長	主任