

# 東光スイミングスクール 入会調査表

入会者氏名 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_ 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 >

- 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)
- 身体に刺青（入れ墨）がありますか？  
 ない                       ある

## < 健 康 >

- 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
- 現在、他に運動もしくは体を動かす事をしてしていますか？  
 していない       している ( \_\_\_\_\_ )
- 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
- 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 ( \_\_\_\_\_ )
- 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 >

- |                                  |  |                                  |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康維持、増進 | <input type="checkbox"/> 成人病予防         | <input type="checkbox"/> シェイプアップ |
| <input type="checkbox"/> 筋力アップ   | <input type="checkbox"/> 泳ぎを覚えたい       | <input type="checkbox"/> リハビリ    |
| <input type="checkbox"/> ストレス解消  | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                  |

スクール使用欄	医証明	事務	部長	主任	担当