



★太枠内をご記入下さい

6. 妊娠中ですか ※女性のみ (1 はい 2 いいえ)

7. 手足、指、関節または脊柱に機能の異常、変形はありますか  
(1 はい 2 いいえ)

8. 「はい」と答えた方は、具体的な症状をお書きください。

[ ]

9. 今回の教室に参加した動機は何ですか？(いくつでも可)

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ダイエット     | <input type="checkbox"/> 筋力の向上       |
| <input type="checkbox"/> 腰痛改善したいから | <input type="checkbox"/> 姿勢の改善       |
| <input type="checkbox"/> 膝痛改善したいから | <input type="checkbox"/> 筋肉状態の改良     |
| <input type="checkbox"/> 興味があったから  | <input type="checkbox"/> 消化の改良       |
| <input type="checkbox"/> ストレス解消    | <input type="checkbox"/> その他 [_____] |

10. この教室をどちらでお知りになりましたか？該当するものにシ点を付けて下さい。

- 市広報  体協ニュース  インターネット  知人  案内が届いた  
 その他 ( )

11. その他、気になる事がありましたら、何でもお書きください。

## 安全を図るために

### 高血圧

●運動当日の血圧が140/90mmHg以上ある場合は、エクササイズを中止していただくことがあります。

(薬を服用されている方も同じ)

### 糖尿病

●運動当日の空腹時血糖が250以上ある場合は、運動を中止していただくことがあります。

※かかりつけの医師等がおられましたら、教室に参加する旨を相談してください。

※個人情報の重要性を認識し、個人情報を取り扱います。参加者へのサービス向上を目的とし、教室の案内や参加確認の連絡のために利用します。