

参 加 申 込 書

この事業に申込みます。

令和 年 月 日

氏名	ふりがな	年齢	明大昭年月日 (歳)	男女
住所	〒 - 電話番号 ( ) -	参加コース 前期: 4月~11月		
連絡緊急先	氏名 続柄 ( ) 電話番号 ( ) -	後期: 12月~3月 通年 参加するコースを○で囲んでください。		

**健康状態**

あてはまるものに ○ をつけ、必要事項を記入してください。

1. 現在、治療中の病気はありますか (1 ない 2 ある)
2. 「ある」と答えた方は:
1) その病気名 [ ]
2) 薬を服用されていますか (1 いいえ 2 はい)
3) 「はい」と答えた方は、服用している薬の名前を記入してください [ ]
4) かかっている病院(診療所)の名前 [ ]
5) ふだん診てくれている先生の名前 [ ]
6) 主治医から次のような日常生活上の活動について制限されていますか? 制限されているものがあれば(○)を記入してください。 ( ) 「入浴」の制限 ( ) 「階段の昇り降り」の制限 ( ) 「散歩」の制限 ( ) その他の制限(具体的に: _____)
3. 過去に治療を受けた病気はありますか (1 ない 2 ある)
4. 「ある」と答えた方は: その病気名 [ ]
5. 最近6カ月以内に 1) 心臓発作が (1 なかった 2 あった) 2) 脳卒中の発作(軽いものを含めて)が (1 あった 2 なかった) 3) 入院したことが (1 あった 2 なかった) ➡ その病気は? ( )

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、運動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。