

シニア健康づくりタイム

【県立西湘スポーツセンター】

健康チェック票

令和 年 月 日記入

運動を実施するにあたって、健康状態についてお伺いします。

あてはまる項目に✓を入れてください。

【1】最近、健康診断を受けましたか？

受けた（令和 年 月頃） 受けていない

【2】今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気に✓してお答えください。

心臓病（狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、その他循環器系の病気）

→ いつ頃ですか？（平成・令和 年 月頃）

→ 病名（ ） 内服薬：有 無

→ 心臓発作の経験はありますか？ 有 無

脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血、脳卒中、その他）

→ いつ頃ですか？（平成・令和 年 月頃）

肝臓病 → 病名（ ） 内服薬：有 無

糖尿病 → いつ頃からですか？（平成・令和 年 月頃）

→ 血糖下降剤を使用していますか？ はい いいえ

→ 過去に低血糖発作を起こしたことがありますか？ 有 無

→ 合併症はありますか？ 有 無

高血圧症 → いつ頃からですか？（平成・令和 年 月頃）

→ 血圧の薬を服用していますか？ はい いいえ

→ 安静時血圧はどれくらいですか？

（収縮期(最高) / 拡張期(最低) 脈)

感染症 → 病名（ ） 内服薬：有 無

骨粗しょう症 → いつ頃からですか？（平成・令和 年 月頃）

てんかん → てんかんの薬を服用していますか？ はい いいえ

骨折 → 部位（ ）：平成・令和 年 月頃

【3】新型コロナウイルス感染症ワクチン接種について 接種済み 未接種

※裏面もご記入ください。

【4】現在、腰や膝など痛いところがありますか？

【5】上記以外で、現在治療中・内服中の病気やケガはありますか？

ある → 病名等 ()
ない

【6】病気やケガ、障害のため、医師より運動制限の指導を受けていますか？

受けている → どのような指導ですか？(具体的に)

受けていない

【7】運動を行うにあたって、不安を感じている事や、特別な配慮等が必要な点がありましたらご記入ください。

【8】現在の運動状況についてお答えください。

特に運動はしていない
ときどき(月に数回程度、不定期)運動をしている
定期的(1日30分以上、週2回以上)に運動している
→ どのような運動をしていますか？

※上記事項の内容によっては、医師の運動許可の証明証を提出していただく場合があります。『健康チェック』や『医師の運動許可』は、安心して気持ちよく教室に参加して頂くためのものです。ご理解の上ご記入をお願いします。

※ご記入頂いた個人情報については、当教室及び当施設事業以外には使用しません。

ご記入者名：

緊急時の連絡先

連絡先電話番号 ()

連絡者のお名前 (続柄)

ご記入ありがとうございました。