

Studio アスワン 初回トレーニング 問診票

ふりがな

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
血液型 (_____) 血圧 (低 ・ 正 ・ 高) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

次のアンケートにお答えください。

1、当施設を何で知りましたか？

・ホームページ ・SNS (_____) ・チラシ ・通りがかり ・ご紹介 (誰の _____)

2、運動頻度についてお聞かせください。

・毎日 ・週4日程度 ・週2～3日 ・週1日 ・たまに ・全くしない

3、"2"で「ある」と答えた方は、普段どういった運動をしますか。

4、生活習慣について当てはまるものに○をつけてください。

・タバコを吸う ・お酒をよく飲む ・睡眠不足である ・外食が多い

5、どこか痛みやしびれ、不快感、違和感を感じる場所がありますか？

・腰 ・肩 ・膝 ・肘 ・その他 (_____)

6、現在治療中のもの、過去に経験したものがあれば○をつけてください。

・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・虚血性心疾患 ・脳血管障害 ・悪性腫瘍 ・妊娠中 その他 (_____)

7、次のような症状があれば○をつけてください。

・貧血 ・不整脈 ・冷え性 ・偏頭痛 ・運動時などの胸の痛み

8、今回体験トレーニング を申し込んだ目的はなんですか？

・シェイプアップ ・筋力アップ ・美容/健康増進 ・腰痛/肩こり/膝痛などの改善 ・その他 (_____)

9、過去や現在で他の健康増進施設に通われた経験で、当てはまるものに○をつけてください。

・フィットネスクラブ ・パーソナルトレーニングジム ・整骨院 ・その他 (_____)

質問チェック項目

- 本日は体調が良好である(空腹、後、下痢、睡眠不足、飲酒後、二日酔い、生理等ではない)
- 5、6、7のいずれにも該当しない、または該当するが医師から運動を許可されている。
- 運動中に必要な範囲で(フォーム指導など)身体に接触する場合があります。
- 運動中に体調が悪くったり、痛みが伴う場合は遠慮なく申し出てください。
- 運動後に倦怠感、筋肉痛、疲労感、眠気などを伴う場合があります。
- 運動時の安全面には細心の注意を払いますが、100%の安全を保証するものではありません。
- 上記項目で1つでも当てはまらないものがある方は、なるべく本日の初回トレーニング を中止してください。それでも実施する方、または虚偽、無申告で実施された際に起こった事故や怪我につきまして、当施設のトレーナーは然るべき応急処置に最善を尽くすことをお約束しますが、その責任を負うものではありません。

上記の事項を承諾いたしました。

希望のパーソナル: ダンス ストレッチ 整体

それぞれは組み合わせでも受けていただけます

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 様 署名

住所 〒533-0011 大阪府大阪市東淀川区大桐2丁目5-8

電話 06-6320-2399

080-7358-9453

株式会社 アスワン