

3週間体験キャンペーン

問 診

※下記の間診にお答え下さい

- ①今まで急に胸が苦しくなったり、息が苦しくなったりしたことがありますか (はい・いいえ)
- ②心臓病の薬を飲んでいますか (はい・いいえ)
- ③心筋梗塞、狭心症や脳梗塞と言われたことがありますか (はい・いいえ)
- ④血をサラサラにする薬を飲んでいますか (はい・いいえ)
- ⑤最近血圧を測ったとき、高すぎたり低すぎたりすることがありますか (はい・いいえ)
- ⑥他に痛みや痺れ等、身体に関して何かあればお書き下さい

[]

①～④の質問に[はい]のある方は3週間体験キャンペーンはお受けできません。

※かかりつけ医が大和橋医院の場合は、山根先生に運動の可・不可をお尋ねください

山根Dr.チェック

運動 可 ・ 不可

私は自己責任にて、施設を体験します

署名

体験者氏名 _____ (才)

住所 _____

電話番号 _____

開始日 _____ . _____ . _____

ご紹介者氏名 _____

持ち物: 室内シューズ、お飲物、タオル(プールご使用の方は水着、キャップ)

※車でご来館の際は受付で駐車場をご確認ください。