

岐阜市クアオルト健康ウォーキング参加申込書 「チェックシート」

◆ 基本情報 (必ず全てご記入ください)

参加日	月	日 ()	初参加・参加経験あり (参加頻度：週 回または月 回)		
受付 No	ふりがな				血液型
	お名前				
生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳)
住 所	〒 -				
参加者 TEL	ウォーキング中の 緊急連絡先			() -	
				本人との間柄	

◆ 本日の体調確認等

本日の体調 (○印)	かなり良い ・ 良い ・ 普通 ・ あまり良くない ・ 悪い				
昨日の睡眠時間	時間 分 (普段に比べて) 多い ・ 普通 ・ 少ない				
運動後の足腰の痛み	これまで運動後に、足首・膝・腰に痛みを感じたことがありますか？ はい ・ いいえ				
病気の有無	有 ・ 無	有の場合 ・ 傷病名		あなたの主治医は、 ウォーキングに参加する ことに差支えがないと 判断していますか？ はい ・ いいえ	
肢体不自由・内部障害の有無	有 ・ 無	投 薬 有 ・ 無			
血 圧	1回目	/	mmHg	100/160以上の方にお尋ねします。 あなたの主治医はウォーキングに参加する ことに差支えがないと判断していますか？ はい ・ いいえ	
	2回目	/	mmHg		
	終了後	/	mmHg		
脈 拍	1回目		拍/分	2回目	拍/分

◆ 本日の参加理由等 (該当するものすべてに○を付けてください。)

このウォーキングを どこで知りましたか	広報ぎふ ・ 新聞やテレビなど ・ 地元広報誌など ・ 家族や友人の勧め 歩いているのを見て興味を持った ・ その他 ()
参加の理由	健康のため ・ 主治医などの勧め ・ 勤務先の保健指導 ・ 国保の保健指導 自然の中で運動したいから ・ その他 ()

◆ 本日の持ち物等のチェック

持ち物必需品リスト	○ ・ ×	その他持ち物等 (○を記入)	
飲み物 (500ml程度)		杖またはストック	着替えシャツ
雨 具		おやつや飴などの補助食	携帯電話
帽 子		ウォーキングシューズ	タ オ ル
治療中のお薬		(冬) 防寒着・手袋	虫よけスプレー

この申込書にご記入いただいたあなたの情報は、市の政策立案やウォーキング講座の運営に活用するため、今後も市で保有いたします。

◆ 裏面の誓約書に記入願います

誓 約 書

クアオルト健康ウォーキング講座への参加にあたり、以下の事項について誓約します。

- (1) 指導者の指示に従います。
- (2) 健康状態に変化があったときは、速やかに指導者に申し出します。
- (3) 講座の参加中に自身が他に与えた損害等についての責任は自身で負います。
- (4) 申込書（チェックシート）の内容は、私が記入又は回答した内容です。

年 月 日

本人署名
