



## 問診表

フリガナ	受付日	20	.	.
氏名	生年月日	19	.	.
住所	〒			
連絡先	緊急連絡や、予約をする際に必要なため、必ずご記入してください			
	電話(できるだけ携帯)			
	メールアドレス(※)			

(※)予約確定メール等が届くこととなりますので、常時接続可能なアドレスをお願いいたします

- ヨガ歴はありますか？
  - なし
  - あり ( )年  
「あり」の方、どんなスタイルのヨガですか？

健康状態についてお聞かせください

- 現在治療中の病気または、ケガ等がありますか？
  - なし
  - あり 病気・ケガ ( )  
服用中の薬 ( )  
担当医から運動の許可を受けていますか？ はい ・ いいえ  
※許可がない場合は、運動を開始される前に必ず担当医にご相談ください
- 過去に入院や手術をするような大病にかかったり、以下に挙げる病気にかかったりしたことはありますか？
  - なし
  - あり 手術・病名 ( ) 年 月頃)
 

1. 心臓病/病名 ( )	2. 脳血管障害/病名 ( )			
3. 高血圧症	4. 糖尿病	5. 高脂血症	6. 肥満症	7. 肝臓病
8. 痛風	9. 貧血	10. 気管支喘息	11. てんかん	12. リウマチ
- 現在、体に痛みを感じる部分がありますか？
  - なし
  - あり 首・肩・腰・その他( )  
「あり」の方、その原因は何ですか？  
( )

裏面へ

