

# 問 診 表

入会日                  年                  月                  日

会員番号                          氏名                          印                          男・女

---

生年月日                  年                  月                  日      血液型                  RH+・-

---

次の質問に当てはまる方に○を付け、必要事項を記入して下さい。

- |                               |    |     |
|-------------------------------|----|-----|
| 1. 心臓疾患等がありますか。               | はい | いいえ |
| 2. てんかん、ぜんそく等、発作をおこす病気がありますか。 | はい | いいえ |
| 3. 医者から止められている食べ物などがありますか。    | はい | いいえ |
| 4. 過去に大きな疾病歴がありますか。           | はい | いいえ |
| 5. 現在、医師にかかっていますか。            | はい | いいえ |

6. 1で、はいの人は具体的な病名は何ですか。

\_\_\_\_\_

7. 2で、はいの人は具体的な病名は何ですか。

\_\_\_\_\_

8. 3で、はいの人は食べ物は何ですか。

\_\_\_\_\_

9. 4で、はいの人は具体的な病名は何ですか。

\_\_\_\_\_

10. かかりつけの医師、病院がありましたら記述して下さい。

病院名    TEL

---

医師名

---

その他、伝えておきたい事等、ありましたら記入して下さい。

---

---

以上、間違いありません。

**全日本キックボクシング教会**

**稲城キックボクシングジム**

**会長 栗芝 貴 殿**