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〇を付け、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はありますか。　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。

新日本キックボクシング協会

伊原道場　　稲城ジム

会長　　栗芝　貴　殿