

キッズ体操教室 健康申告書

入会者氏名	平成 年 月 日生	男・女
-------	-----------	-----

1. 今までにかかったことのある病気に○印をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	先天性心臓障害	<input type="checkbox"/>	貧血	<input type="checkbox"/>	内耳疾患
<input type="checkbox"/>	小児喘息	<input type="checkbox"/>	腎炎	<input type="checkbox"/>	肝炎
<input type="checkbox"/>	高血圧	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	糖尿病
<input type="checkbox"/>	動脈硬化	<input type="checkbox"/>	慢性気管支炎	<input type="checkbox"/>	角膜炎(実質・表層)
<input type="checkbox"/>	低血圧	<input type="checkbox"/>	中耳炎	<input type="checkbox"/>	てんかん

2. 現在かかっている病気がありましたら詳しくご説明下さい。

病名：
症状：
治療状況：

3. 体質について該当する事項に○印をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	風邪をひき易い	<input type="checkbox"/>	虚弱体質である	<input type="checkbox"/>	扁桃腺がよく腫れる
<input type="checkbox"/>	アレルギーがある	<input type="checkbox"/>	ジンマシンがよく出る	<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎である
<input type="checkbox"/>	健康体である	<input type="checkbox"/> その他・骨折したことがある(部位：)			

4. その他お気づきの点があればお書き下さい

--

以上の通り相違ありません

年 月 日

保護者氏名

印

《 基本調査 》

I. 入会の動機

<input type="checkbox"/>	体力の向上	<input type="checkbox"/>	技術の向上	<input type="checkbox"/>	体育の苦手意識克服
<input type="checkbox"/>	両親の勧め	<input type="checkbox"/> その他()			

II. 総合型クラブ 天の架け橋～rainbow～キッズ体操教室を知った理由

<input type="checkbox"/>	チラシ広告	<input type="checkbox"/>	知人の紹介	<input type="checkbox"/>	スタッフの紹介
<input type="checkbox"/>	見学して	<input type="checkbox"/> その他()			

III. 家族構成

続柄	名前	年齢	学校名・学年	続柄	名前	年齢	学校名・学年