

# 参加同意書

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名	( 男 ・ 女 )	生年月日 年 月 日 ( 歳 )
住所 〒 岩沼市	電話番号	
①これまでの大きな病気 (既往歴)	<input type="checkbox"/> 有 (入院・手術・その他) (具体的な病名: )	
②現病歴・診断名	<input type="checkbox"/> 高血圧 (薬: 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 心臓病 (薬: 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (薬: 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> その他【病名: 】 (薬: 有 ・ 無 )	
③痛み	<input type="checkbox"/> 有 (部位: ) 主治医 (有 ・ 無 )【病院名: 】 <input type="checkbox"/> 無	
④普段の血圧	／	
⑤運動習慣	有 ・ 無	

## 広場参加中の緊急連絡先

電 話 : \_\_\_\_\_

お名前 : \_\_\_\_\_ 続柄 : \_\_\_\_\_

裏面もご記入ください

# 確 認 書

私は自らの健康状態を十分に確認し、介護予防教室の参加に支障がない健康状態であることを申告します。

○私は、医師等から運動をしてもよいといわれています

1, はい

2, いいえ → 具体的に： \_\_\_\_\_

上記の申告について相違ありません。

なお、現在の健康状態に関わる事項に変化が生じた際は、教室の参加を禁止される場合があること、また、教室中の事故等については、自己責任において参加することを承認します。

ご本人署名 \_\_\_\_\_