

深川スポーツセンター シーカヤック教室 健康調査票

ふりがな				男 女 他
氏 名				
生年月日	西暦	年	月	日 生 (歳)
身 長	cm		体 重	kg
現 在 の疾患 (有・無)				
有	→病名・症状(		:発症時期	～)
	→病名・症状(		:発症時期	～)
過 去 の病歴 (有・無)				
有	→病名・症状(		:発症時期	～)
	→病名・症状(		:発症時期	～)
疾病例	腎炎、肝炎、心臓病、糖尿病、高血圧、呼吸器疾患、喘息、アトピー 骨折、脱臼、腰痛、運動器障害(椎間板ヘルニア等)、眼科疾患、耳鼻科疾患			
血液型 (A ・ B ・ AB ・ O) 型				
○ 服薬中の薬がある場合や特に健康面で気になる点がある場合はご記載ください。				

シーカヤック教室参加にあたって上記記載事項に相違ありません。

令和 年 月 日 氏名:

※ご記入いただいた個人情報はこの事業のみに利用し、それ以外の目的では使用いたしません。