

慈英 パーソナルカルテ

入会日 年 月 日

ふりがな 御氏名		血液型 (型) 西暦 年 月 日生まれ (歳)
御住所	〒	TEL
		勤務先名
緊急連絡者	様	TEL

●目的 (該当するものに丸をつけてください)
 日常生活動作改善・筋力向上・健康増進・増量・減量・競技力向上 (種目 ;)
 アンチエイジング・ボディメイク
 その他 ()

●現在
 身長 cm 体重 kg
 (目標 kg) いつまでに ()

●現在治療を受けている身体の箇所または、動作の困難な箇所はありますか？
 無し・有り ()

●現在特に改善したい動作・箇所は？
 歩行・起き上がり・立ち上がり・肩の動き・膝の動き・腰・姿勢
 その他 ()

●週何日来られそうですか？ (予想・希望で可)
 ▽日数 1日・2日・3日・4日・5日/週
 ▽曜日 月曜・火曜・木曜・金曜・土曜 ▽時間帯 時頃

●来場手段
 車・自転車・徒歩・家族送迎 他 ()

●スポーツ歴
 ▽中学 () ▽高校 () ▽大学 ()
 ▽社会人 () ▽現在 ()

●現在服用している薬はありますか？
 無し・有り ()

●喫煙
 無し・有り (本/日)

●お酒・アルコール摂取
 無し・有り (日/週)

●睡眠時間
 時間 時 ~ 時

●食事は取れていますか？
 朝・昼・晩・その他にも (サプリメント ;)

●慈英に期待したい事は？
 ()

●趣味・興味のある事を教えてください。
 ()

※こちらの情報は、個人情報保護法に基づいて活用させていただきます。