

運動プログラム問診票

記載日： 年 月 日

フリガナ：

氏名： 年齢： 歳（ 年 月 日生）男・女

ご住所：

メールアドレス：

携帯番号：

緊急連絡先：

トレーニングの目的：

変えたい身体の部分：

慢性的な身体の症状：

スポーツ歴：学生時

現在

健康状態に関して

既往歴：

通院の有無： 有・無 診断名 いつ頃から

血圧： /

平均睡眠時間： 時～ 時 1日 時間

運動： 種目 週 回

食事の時間： 朝 時 昼 時 夜 時

当店を何でお知りになりましたか？

当店ホームページ・わっしょい

Facebook・インスタグラム・チラシ

紹介（ 様）・その他（ ）

特記事項