

# はじめてスイム（身体）教室 予備調査表

氏 名 \_\_\_\_\_

○水に対する現在の状態を下記から選んで○で囲んでください。

水が怖い	水に顔がつけられない	水に顔がつけられる
水に顔をつけて呼吸練習ができる		もぐれる
浮くことができる	けのびができる	背浮きができる

○プールの利用頻度を下記から選んで○で囲んでください。

なし ・ 月 1 回程度 ・ 週 1 回程度 ・ 週 1 回以上

○各関節の可動域で制限のある部位および禁忌事項があればご記入ください。

部位 \_\_\_\_\_

可動域 \_\_\_\_\_

禁忌事項 \_\_\_\_\_

○この教室での目標をご記入ください。（ここで記入いただいた目標に対する達成度を最終回にお尋ねします）

○その他、連絡事項があればお書きください。

(裏面もご記入ください)

○既往歴についてお尋ねします。

1. あなたは、今までに次の病気や症状がありましたか。

ない

ある

高血圧	脳血管障害	心臓病	高脂血症
糖尿病・高血糖	肥満	痛風・高尿酸血症	肝臓病・肝機能障害
腎臓病	喘息	てんかん	意識消失発作
膝痛・膝関節の病気	腰痛	その他（	）

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院されたことがありますか。

ない

ある（内容 \_\_\_\_\_）

○現在の健康状態および生活状況についてお尋ねします。

1. 最近数ヶ月で生活環境や健康上（病気・体重・食事など）の面で大きな変化がありましたか。

ない    あった（内容 \_\_\_\_\_）

2. 現在、何かの病気で医療機関にかかっていますか。

いいえ

はい    治療中の病名（ \_\_\_\_\_ ）

内服薬名    [ \_\_\_\_\_ ]

医師からの指示（ \_\_\_\_\_ ）

○緊急連絡先

医療機関名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_