

入会時質問票

前橋市民健康クラブウォーキングステーションでの健康管理に生かすために、貴方様の情報を把握させていただきたいと思います。差し支えなければ可能な範囲で構いませんのでご記入を宜しくお願い致します。

No _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 お名前 _____

職業	職種	無職 主婦 学生 事務職 製造業 医療介護 その他 ()
	就業時間	週 _____ 日 _____ 時間 / 1 日
身体	身長	_____ c m
	体重	_____ k g
	BMI	[体重(kg)] ÷ [身長(m)の2乗]
	腹囲	_____ c m
運動	種類	ウォーキング ・ 水泳 ・ 自転車 その他 ()
	時間	週 _____ 日 _____ 時間 / 1 日
メタボ 関連	既往	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質代謝異常 ・ 高尿酸血症
	飲酒	週 _____ 日 _____ 量 (日本酒・ワイン・ウイスキー・ビール、焼酎 他 / 1 日)
	喫煙	約 _____ 本 / 1 日
ロコモ 関連	骨折の既往	あり ・ なし 大腿骨頸部骨折 ・ 脊椎圧迫骨折 ・ 橈骨遠位端骨折 上腕骨頸部骨折
	転倒頻度	なし ・ あり (_____ 回)
手術歴	時期	部位
服薬状況	お薬手帳の コピー	あり ・ なし
健康診断 検査値	提出希望	あり ・ なし