

フィットネスタスタ アンケート

記入日 令和 年 月 日()

会員番号	フリガナ	性別	初回講習指導員
定・一時 市内・外	さま	男・女	

<1> 健康状態チェック

① 次の病気や症状になったことがありますか。

- ない 高血圧症 コレステロール血症 糖尿病 骨粗鬆症
 痛風 狭心症 心筋梗塞 その他()

② 現在治療中の病気や怪我はありますか。

- ない ある(傷病名:)

③ 現在、何か薬を服用していますか。

- ない ある(薬名:)

④ 病気や怪我、障害のため、医師による運動制限の指導を受けていますか。

- ない ある → ある場合は具体的に()

⑤ 過去に競技や練習の支障となる怪我をしたことがありますか。

- ない 腰 膝 足首 首 肩
 その他 ()

⑥ 現在、競技や練習の支障となる怪我がありますか。

- ない 腰 膝 足首 首 肩
 その他 ()

⑦ 現在の体調はどうですか？

- 良い 普通 悪い

⑧ スポーツに対する意欲はありますか。

- ある 普通 ない

⑨ 疲労感はありますか。

- ある 普通 ない

⑩ 食欲はありますか。

- ある 普通 ない

⑪ 睡眠はとれていますか。

- とれている 普通 とれていない

⑫ 精神的ストレスはありますか。

- ある 普通 ない

<2> トレーニング目的(複数回答可)

- 定額料金が安い 普段ラスタホールを活用している 運動指導が受けられる
 自宅(職場)から近い 健康維持 体重を増・減したい 筋肉をつけたい
 マシントレ 有酸素トレ 筋力トレ 軽運動・ストレッチ
 スタジオレッスン プールレッスン 水泳・水中ウォーキング 競技力向上

- その他 → 具体的にご記入ください()

<3> スポーツ経験(週1回、1年以上のもの)

過去 [] 現在 []

<4> トレーニングジムの経験

- ない ある [期間]

<5> 当トレーニングルームは何でお知りになりましたか(複数回答可)

- 家族、知人の紹介 来館して 広報いたみ
 ホームページ 検索エンジン
 ポスター等 自宅配布チラシ 館内配布チラシ
 その他 ()

<6> その他、指導者に伝えたいことがあればご記入ください。

[]