# 健 康 申 告 書

１．心臓疾患はありますか?　　ハイ　　イイエ

病　　名

２．てんかん・ぜんそく等、発作を起こす病気がありますか?　　ハイ　　イイエ

病　　名

３．現在、医師にかかっていますか?　　ハイ　　イイエ

病　　名

４．過去に大きな疾病歴はありますか?　　ハイ　　イイエ

病　　名

５．４でハイの方は現在、完治していますか?　　ハイ　　イイエ

６．持病があるまたは過去に大きな疾病歴がある方は
運動することに医師は同意していますか？　　ハイ　　イイエ

７．医師から運動するにあたり、注意されていることはありますか?　　ハイ　　イイエ

８．かかりつけの病院がありましたらご記入ください。

病院名　　TEL　　担当医師

９．その他、伝えておきたいことなどがありましたらご記入ください。

以上健康申告に間違いなく、自己の健康管理に留意し、活動中に起きた事故・けが等については、加入する「メディカルサポート」の補償範囲内でのみとし、城西世田谷東支部、極真会館、および指導員に対し一切の補償を請求しません。

西暦　　年　　月　　日

ふりがな
氏　　名　　保 護 者

※高校生以下の会員の場合は、保護者の承諾が必要です。

生年月日　　年　　月　　日（満　　才）男　・　女　血液型　　型　RH　＋　－

緊急連絡先　氏名　　（続柄）　　（連絡先）　　—

個人情報保護法により記載事項は目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。