

H A P 健康調査票

H A Pに参加頂くにあたり、実際に参加される方について下記健康調査にご協力ください。

参加者の健康及び医療に関する情報や配慮事項がありましたら、参加者名簿の提出時に併せて詳細をお知らせください。

なお、この情報については厳重に管理し、HAP 関係者以外には絶対に漏洩いたしません。また、当施設職員及び HAP 指導者は秘密保持の確認を行っております。

①プログラム参加において健康上の不安について

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて詳細についてお教えてください。

②体を動かすことに関する制限について

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて詳細についてお教えてください。

③治療中の怪我、病気の有無（過去 1 年間の入通院、手術など）

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて
・詳細
・それに伴う運動等の制限の有無について
お教えてください。

④感染症や伝染性の病気について

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて詳細についてお教えてください。

⑤食品以外のアレルギーについて

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて詳細についてお教えてください。

⑦下記の体質、傾向等がある方について
喘息／過呼吸／貧血／てんかん／脱臼

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて詳細についてお教えてください。

⑦下記の既往歴がある方について

※この質問はハイエメントを実施の場合は回答ください。
ハイエメントを実施しない場合は、回答の必要はありません。

心臓発作の経験 動悸や心雑音 胸部の痛みや圧迫感
その他心臓に関する既往歴 高血圧 脳卒中、脳梗塞の経験
妊娠の有無

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて、該当項目とその詳細についてお教えてください。

⑧その他

その他健康上で参加に際し気になることの有無

該当者あり 該当者なし

※「該当者あり」を選択された場合は、名簿の提出と併せて、該当項目とその詳細についてお教えてください。

以上です。