

# 身体活動のリスクチェックリスト

氏名： \_\_\_\_\_

チェック項目		回答	
1	医師から「心臓病」「高血圧」と指摘され、運動制限がある	はい	いいえ
2	「心臓病」「高血圧」の他に慢性疾患があり、運動制限がある	はい	いいえ
3	過去に手術歴があり、運動制限がある	はい	いいえ
4	処方されている薬で、運動に注意を要する薬がある	はい	いいえ
5	安静時、日常生活時、運動中に胸の痛みを感じることもある	はい	いいえ
6	めまいの為にふらついたり、この1年間に失神したりしたことがある	はい	いいえ
7	運動することで悪化しそうな骨や関節、筋肉などの問題がある (1年以内の既往を含む)	はい	いいえ
8	医師の監視の下で運動するように言われたことがある	はい	いいえ
注意事項		✓	
リスクチェックに1つでも「はい」がついた場合は、事前に運動実践が可能か医師にご相談ください。			
運動教室当日は血圧測定、体調確認を行います。血圧が高い場合や体調がすぐれない場合は、運動を見学していただく場合がありますのでご了承ください。			

参考：健康づくりのための身体活動運動ガイド 2023

## 同意書

私は運動教室利用にあたり、以下の内容を理解し同意の上、受講いたします

✓	内容をご確認いただき、左にチェックを入れてください
	上記のチェック項目において運動制限はありません
	運動教室は10分以上遅れての入室はしません
	血圧が180/110mmHg以上、脈拍110以上の場合は運動を見学します
	体調のすぐれない場合は運動を見学します
	運動中、体調に異変を感じた際は、ただちにスタッフに申し出て運動を中止します
	教室中はスタッフの指示に従います
	運動教室利用中の事故やケガについては、自己責任において利用します

日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

署名（自署） \_\_\_\_\_

※ご提供いただいた個人情報は、この事業のみに利用し適切に管理いたします