

〈個人情報の取り扱いについて〉

本クラブは、個人情報をはじめとする全ての個人情報をより安全かつ適切に取り扱います。

- ・ 個人情報を収集する場合、ご利用上の諸連絡や会費等のご請求通知を送付する等の収集目的を明確にしたうえで個人情報をお預かりし、利用目的外での使用はいたしません。
- ・ 個人情報を適切な管理を行うとともに紛失・改ざん及び漏洩等の防止にも適切かつ安全対策を実施し、個人情報の保護に努めます。
- ・ 個人情報をご本人の承諾なく第三者に対して提供することはありません。ただし、法令等に基づく場合はご本人の同意なく個人情報を開示・提供することがあります。
- ・ 個人情報をご本人の求めによる開示・訂正・利用停止に関しては、法令の規定に従って対応いたします。

## 健康調査書

※該当する項目にレ印をご記入下さい。

入会にあたり、現在及び過去の健康状況について下記のご質問にお答え下さい		
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 特に異常なし <input type="checkbox"/> 不調（症状：_____）	
最近(3ヶ月)の通院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（傷病名：_____）	
既往症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心臓疾患(病名：_____ ) <input type="checkbox"/> 脳疾患（病名：_____） <input type="checkbox"/> 肝臓疾患(病名：_____ ) <input type="checkbox"/> 腰痛( <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 腰椎分離症 ) <input type="checkbox"/> 関節症 ( <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 手 ) <input type="checkbox"/> その他（詳しく_____）
	<input type="checkbox"/> 無	<b>上記既往症について</b> <input type="checkbox"/> 治療中（病名：_____） （手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） 通院医療機関名 （投薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）（_____） <input type="checkbox"/> 完治（病名：_____） （手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）
<small>※治療中の方へ  疾患の症状と現状及び運動の是非について、かかりつけ医院の診断書の添付をお願いします。  症状によっては入会をお断りする場合がございますので予めご了承下さい。</small>		

## 誓約書

貴クラブへの入会にあたり、クラブが定める規約、利用上のルール、マナー、注意事項を遵守いたします。クラブに損害を及ぼし、名誉を毀損するような行為は一切いたしません。私は、医師により運動を禁止されておらず、また普段より自分自身の健康状態には十分な配慮をしており、常に自己責任にてトレーニングを行います。体調が思わしくない時にはトレーニングを控えるか中止いたします。尚、クラブの責任なき事由によって起きた事故、盗難、紛失については、クラブに対し一切の責任を求めないことも併せて誓約いたします。

平成 年 月 日 署名 印