

RIZAPプログラム開始前質問票

RIZAPのプログラムを全ての方により安全・安心・効果的に受けていただくため、事前に質問票を実施しております。RIZAPのプログラムは安全なものですが、事前に医師の診断を受ける必要がある方もいますので、ご自身のために、正直にお答えください。以下の質問内容をよく読み「はい」「いいえ」のどちらかに印をつけてください。

はい

いいえ

☐

☐

1. 下記の病気と診断を受けたことがありますか？（当てはまる項目に○をつけてください）

心疾患：心不全・大動脈弁狭窄症・拡張型心筋症・大動脈瘤・大動脈解離・マルファン症候群・心筋炎
QT延長症候群・心内膜炎・心外膜炎・ペースメーカー・ICD（植込み型除細動器）・重篤な不整脈・不安定狭心症

肺疾患：慢性呼吸器不全

糖尿病：空腹時血糖値200mg/dl以上・HbA1c 10%以上・随時血糖値300mg/dl以上

その他：腎不全・人工透析・肝硬変・急性肝炎（現在、治療中）・肺炎

☐

☐

2. 妊娠はされていますか？

上記の質問に「はい」と答えた方

プログラムの実施によりお身体の状態が悪化する恐れがあるため、入会をお断りしております。

はい

いいえ

☐

☐

1. 下記の病気と診断を受けたことがありますか？（当てはまる項目に○をつけてください）

心疾患：心筋梗塞・心肥大・狭心症（不安定狭心症以外）・心臓ステント留置・心臓弁膜症・先天性の心疾患
心房、心室中隔欠損症・不整脈

脳疾患：脳梗塞・脳出血・くも膜下出血・硬膜外血腫など → 1年以内の脳ドック受診必須
が ん：治療開始から5年以内

高血圧：健診などで指摘されたが未受診
本日の血圧測定結果を含め収縮期血圧 180mmHg以上 または拡張期血圧 110mmHg以上

糖尿病：過去に指摘されたが未受診・空腹時血糖値170mg/dl以上・HbA1c 9%以上・随時血糖値250mg/dl以上
眼科受診で異常または1年以上眼科受診なし

腎疾患：クレアチニンの数値異常・尿蛋白＋

膠原病・自己免疫疾患・関節リウマチ

甲状腺：橋本病・バセドウ病

その他：骨粗鬆症・慢性肝炎・てんかん・気胸・痛風・深部静脈血栓症

☐

☐

2. 3ヵ月以上、ステロイド剤（塗り薬・吸入器・点眼・点耳・点鼻を除く）を継続的に服用していますか？

☐

☐

3. 上記以外で、指定難病疾患をお持ちですか？

（疾患名：）

上記の質問に「はい」と答えた方

プログラムを始める前に必ず医師の診察を受けてください。医師に記載いただいた「健康状態に関する確認書」が回収できるまでプログラムを開始できません。

はい

いいえ

☐

☐

1. 下記の病気で現在治療中ですか？（当てはまる項目に○をつけてください）

高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・精神疾患・糖尿病（空腹時血糖値170mg/dl未満・HbA1c 9%未満
随時血糖値250mg/dl未満）・気管支喘息・離脱性骨軟骨炎・脊椎管狭窄症・すべり症・椎間板ヘルニア
分離症・変形性膝関節症

☐

☐

2. 本日の血圧測定結果が収縮期血圧140～179mmHgまたは拡張期血圧90～109mmHgに該当されましたか？

☐

☐

3. 人工関節や脊椎の手術を受けたことがありますか？

☐

☐

4. 上記以外に運動を始めるにあたり、気になる症状はありますか？

（理由：）

上記の質問に「はい」と答えた方

プログラムを始める前に医師にご相談ください。運動や食事に関する指示があった場合、医師に「健康状態に関する確認書」を記載いただき、ご提出ください。医師からの指示があれば、お身体の負担を考慮しながら安全にプログラムを実施することができます。

左記の質問に「いいえ」と答えた方

▼

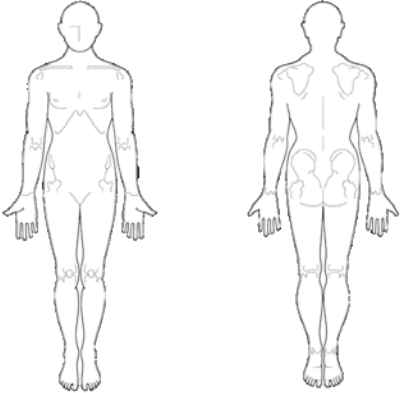
今より活発な活動を始めることができます。ただし、慎重に始めて、徐々に身体を慣らしていきましょう。

注意

①風邪や発熱など、一時的に体調が悪い方。
体調が回復するまでお待ちください。

②健康状態が変化して、左記の質問への答えが1つでも「はい」になった場合には、医師に相談してください。

以下の質問に当てはまるものがあれば□にチェックをいれてください。

☐ 薬や食べ物などのアレルギー、特異的体質があります。	薬品名（ ） 食品名（ ） その他（ ）
☐ 現在、通院しています。 薬を飲んでいます。	病 名（ ） 薬 剤 名 []
☐ 痛む部位があります。 	☐首☐腰（左・右） ☐肩（左・右）☐股関節（左・右） ☐膝（左・右）☐その他（ ） いつから痛みがありますか。 [☐ 日くらい前から ☐ ずっと前から ☐ 現在痛みはない]
☐ 出産後または授乳中です。	☐ 産後 月（授乳： あり ・ なし ）
☐ 便秘があります。	☐ ずっと前から ☐ 日くらい前から

「私は、このRIZAPプログラム開始前質問票をよく読み理解したうえで、すべての質問に対して自分が納得できる回答を記入しました。」

署名

日付

年

月

日

保護者氏名欄（20歳未満の方）

スタッフ記入欄（スタッフ氏名：）

最高血圧

mmHg

最低血圧

mmHg

脈拍

回／分