## ＜教室参加初回アンケート＞

このたびは、本教室に御参加いただき、ありがとうございました。
教室に安全に楽しく参加していただくため、アンケートに御協力をお願いします。
御記入いただいた内容は、本教室の運営にのみ使用します。

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>お 名 前 | （年齢　　歳） |
| 住所 | |
| 電話番号 | ー　　ー |
| 緊急時の連絡先 | （あなたが教室でケガなどをした時の緊急連絡先）<br>お名前<br>電　話 |

過去に大きな病気にかかったことがありますか？（当てはまるものに〇）
**いいえ**
**はい**　（　狭心症　・　心筋梗塞　・　脳梗塞　・　その他　　）

現在、治療中・経過観察中の病気等はありますか？（当てはまるものに〇）
**いいえ**
**はい**　（高血圧・糖尿病・高脂血症・脳梗塞/脳出血・狭心症/心筋梗塞・
腎臓病・肝臓病・貧血・喘息・腰痛・膝痛・肩関節痛・リウマチ・
その他　　）

この教室を何で知りましたか？（当てはまるものに〇）
・広報　・センターだより　・チラシを見た　・くちこみ　・友達に誘われた
・その他（　　）

参加の動機を教えてください。

本日の教室の「運動の強さ」はいかがでしたか？（当てはまるものに〇）
きつかった　・　ちょうどいい　・　楽だった

全体的な感想をお聞かせください。

御記入ありがとうございました