

開催日 月 日

受付日 年 月 日

受付者

## がん患者運動教室 申込書

フリガナ  
お名前

性別 男・女

住所

電話番号

生年月日 S・H 年 月 日

① これまでに、かかったことのある病気に○をしてください。

- |               |         |                    |             |         |
|---------------|---------|--------------------|-------------|---------|
| 1. 狭心症または心筋梗塞 | 2. 不整脈  | 3. その他の心臓病 ( )     |             |         |
| 4. 痛風・高尿酸症    | 5. 高血圧症 | 6. 脳血管障害 (脳梗塞や脳出血) |             |         |
| 7. 糖尿病        | 8. 高脂血症 | 9. 貧血              | 10. 気管支ぜんそく | 11. 肝疾患 |
| 12. 腎疾患       | 13. めまい | 14. その他 ( )        | 15. なし      |         |

② 主治医から運動の制限を受けていますか？

受けている

受けていない

申込み先

青森県立中央病院 医療連携部 相談支援グループ

がん相談 TEL：017-726-8435

FAX：017-726-8162