

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.脂質異常症 | 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