

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