

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

身長 cm 体重 kg

がんの種類

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これまでに次のような整形外科的な病気がありましたか？

- | | | |
|-------------------|------------|--------------|
| 1. 変形性関節症 (部位:) | 2. 骨粗鬆症 | 3. 骨折 (部位:) |
| 4. 靭帯・関節損傷 (部位:) | 5. その他 () | 6. なし |

③運動中に胸の痛みを感じたことがありますか？

ない・ある

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