

## 健康チェックコーナー 登録票

登録日： 年 月 日

（登録番号： ）

ふりがな		性 別		
氏 名		男 女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 歳
現住所	〒 奈良市			
電 話		緊急時の 連絡先		( 様方)
かかりつけ医				
医師から運動を制限されていませんか。			制限されて いない	制限されて いる
平成30年度に特定健康診査・後期高齢者医療健康診査・人間ドックなどの健診を受診しましたか。			はい	いいえ
平成30年度に特定健康診査・後期高齢者医療健康診査・人間ドックなどの健診結果をご提出いただけますか。			<u>はい</u>	いいえ
ご提出いただいた健診結果は、健康チェックコーナーが利用者の健康づくりに役立っているかの参考にさせていただきます。同意の署名をお願いします。			↓ はい	いいえ
				署名： _____

### 利用誓約書

健康増進課 御中

私は、健康チェックコーナーを利用するにあたり、健康チェックコーナー利用規定（別紙）を厳守し、安全には十分に留意いたします。

また、私の過失により生じた事故（自身のけが、他の利用者への事故、駐車場内の事故、施設への損害を含む）は、私の責任において処理することをここに誓います。

年 月 日

署名： \_\_\_\_\_

保護者の同意（中学生のみ）※小学生以下は利用できません。

署名： \_\_\_\_\_

（続柄： ）

受付者名（ ）