

申込日	令和 年 月 日	(受付者: )	申込方法	電話・来所
事業情報の取得方法 → HP、チラシ、知人紹介、その他(				

No.	相談日時	月 日 ( )	時 分 ~ 時 分
-----	------	---------	-----------

相談希望者名	電話番号				
居住地	市 区	年齢	歳	性別	男・女

● 具体的な相談内容 (何が又はどこ(部位)が、どうなので、どうしたい)

●上記の相談内容に関して、通院の経験 有・無 (受診科:

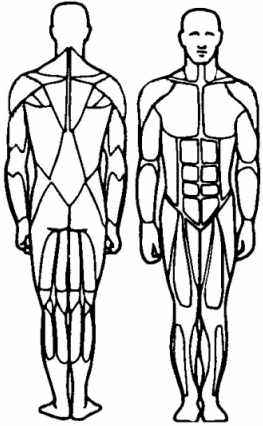
●治療方法(内容)

●薬の服用	有・無	種類	当日持参	可・不可
-------	-----	----	------	------

●現在からだの痛み	有・無	部位
-----------	-----	----

●運動履歴(現在)	●運動履歴(過去)
-----------	-----------

【相談記録】



<p>● 相談時間: 時 分 ~ 時 分</p> <p>● 身長 cm ● 体重 kg ● BMI ● 血圧</p> <p>● 生活習慣病(糖尿病、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、肥満)</p> <p>● ロコモシンドローム(骨折既往、転倒既往、骨粗鬆症) (肩、首、上肢、腰、股関節、下肢、膝)</p> <p>● 現在: 食事の状況□、運動の状況□、タバコ□、その他□ ( )</p> <p>● 目標: 食事の状況□、運動の状況□、タバコ□、その他□ ( )</p> <p>● 指導: □治療をすすめる、□受診をすすめる、□経過を見る、□正常域 ( )</p>	<p>相談医: _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

【個人情報の取扱いについて】

(1)事業者の名称	公益財団法人 横浜市体育協会
(2)個人情報の利用目的	ご記入いただいた個人情報は、スポーツ医事相談に利用します。
(3)個人情報の第三者提供について	ご記入いただいた個人情報の一部は、横浜スポーツ医会へ提供します。
(4)個人情報の取扱いの委託について	個人情報の取扱いについて、委託しません。
(5)個人情報の開示等及び問合せについて	当協会が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止に応じる窓口は、(7)の問い合わせ先と同じです。
(6)個人情報をご提供いただけない場合の取り扱い	必要事項をご記入いただけない場合は、医事相談ができない(当事業にお申込みできない)ことがあります。
(7)当協会の個人情報取扱いに関する苦情、相談等の問合せ先	個人情報保護管理責任者 公益財団法人横浜市体育協会 事務局長 お問い合わせ窓口 総務部総務課 電話045-640-0011 FAX045-640-0021

相談者署名欄 \_\_\_\_\_