

個人記録調査表

入会日	年	月	日
施設名			
時間帯			
会員番号			

生年月日	年	月	日	歳
フリガナ				血液型
氏名				

【入会についてお聞きします。】

1.S.K.I.P をどのようにして知りましたか？

(当てはまる項目に○をつけてください。複数可)

- 折込チラシ
- 体験会にて
- ホームページ
- 知人や家族から聞いた
- 当施設のポスター
- その他 ()

2.目的について

(当てはまる項目に○をつけて下さい。複数可)

- 目の動きを良くしたい
- 学力向上
- 運動能力向上
- 集中力
- 判断力向上
- 本人の希望
- 運動不足解消
- 友達を作るため
- その他 ()

3.お子様の健康状態、既往歴について

(当てはまる項目に○をつけて下さい。複数可)

- 心疾患
- 腎臓病
- 小児糖尿病
- てんかん
- 熱性けいれん
- 貧血
- 気管支喘息
- 慢性気管支炎
- ADHD
- 起立性調節障害
- 自律神経失調症
- アレルギー疾患 ()
- その他 ()

4.現在かかっている病気及び継続的な投薬があれば記入して下さい。

病名 ()
 発病 () 年 () 月頃 ()
 治療状況及び投薬状況 ()

5.医師に制限されている運動があれば記入して下さい。

6.眼科やメガネ店で目の検査を受けた事がありますか？

※学校での検査は含まず

- はい いいえ わからない

7.メガネやコンタクトを使用したことがありますか？

- はい いいえ わからない

『はい』に、チェックをつけた方にお尋ねします。

- メガネ 普通メガネ
スポーツ用メガネ

- コンタクト ハードコンタクト
ソフトコンタクト

8.目の問題についてお尋ねします。

- 見えづらさを感じた事がありますか？
 - ぼけて見えることはありますか？
 - 頭が痛くなることはありますか？
 - 物が二重に見えることはありますか？
 - 光をまぶしく感じることはありますか？
 - 今までに目の怪我や手術を受けたことがありますか？
- 具体的にお書き下さい。

9.何か目に関する事やコーチに伝えておきたいことなどありましたらお書き下さい。

個人記録調査表は S.K.I.P レッスン・両眼視機能検査の際に参考にさせていただきます。

また、個人情報保護規約に沿って管理させていただきます。

上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

保護者 氏名 印