バレエダンサーの医学管理・コンサルテーション 問診票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　名 |  | | 昭・平  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 電　話 | （　　　　） | 年　齢 | 歳 | 性　別 | 男・女 |
| 住　所 | 〒 | | | | |

|  |
| --- |
| ◆所属教室を教えてください |

|  |
| --- |
| ◆受診について教師の了解はありますか |

はい ・ いいえ

|  |
| --- |
| ◆父母の身長を教えてください |

父親　　　　　　　㎝　　　　　　　　母親　　　　　　　㎝

|  |
| --- |
| ◆受診の目的 |

* ポアント適正診査
* 身体機能の相談
* 診断書の作成

コンクール・海外留学・その他（　　　　　　 ）

* その他（ ）

|  |
| --- |
| ◆教師用診断レポート作成必要の有無 |

必要 ・ 不要

|  |
| --- |
| ◆診断書が必要な方に対して |

●　提出期限　 　　　　　まで　　　　●　宛先

●　和文　・　英文