

スポーツ栄養相談 申込書

年 月 日

ふりがな 氏名			生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
現住所	〒			性別	男 ・ 女
電話番号					
介助者氏名	続柄 ()		連絡先		
障がいの有無	有	肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 内 ・ 知 ・ 発 ・ 精			
	無				
障がい名					
障害者手帳	身体障害者手帳	種	級	療育手帳	A・B 精神障害者保健福祉手帳 級
相談希望日	第1希望日時			第2希望日時	

わかる範囲で構いませんので、以下の問いにお答えください。

栄養士に相談したいことは何ですか？					
体重	kg	身長	cm	BMI	kg/m ²
					体脂肪率 %

日頃、身体を動かす活動はされていますか？また、その頻度はどれくらいですか？

運動を行う上で気を付けることは何か聞いていますか？

■受付できない相談内容について

- 医療行為や、障がいの診断・判定
- その他、スポーツ相談として適切でないと判断した内容

■個人情報の取り扱いについて

個人情報については、スポーツ相談以外の目的では使用いたしません。
相談の内容によっては、ご本人の同意の上、関係機関へ情報提供を行います。

担当者記入欄					
受付日	月 日	受付者		相談日時	