

# カウンセリングシート

利用開始年月日 年 月 日より

フリガナ	性別	会員No	
氏名	男・女	生年月日(西暦) 年 月 日( )才	
コース	フィットネス( )会員	身長( )cm	
オリエンテーション予約日	月 日( )	時 分～	
1	当施設での運動の目的をお願いします。 1. ダイエット 2. 運動不足解消 3. 生活習慣病予防、改善 4. 筋力アップ 5. 病後のリハビリ 6. 怪我のリハビリ 7. その他( )		
2	トレーニングジム(及びスポーツ)の経験はありますか？ 1. ある 2. 初めて		
3	トレーニングルームでは主にどの様な運動をご希望ですか？ 1. ウォーキング 2. エアロバイク 3. 筋力トレーニングマシン 4. ダンベルトレーニング 5. その他( )		
4	個人(目的)別のトレーニングメニューの作成をご希望ですか？ 1. 希望する 2. 希望しない		
5	トレーニングルームは週何回、1日何時間位をお考えですか？ 週( )回 ( )時間位		
6	参加してみたいスタジオレッスンプログラムはございますか？ 1. エアロビクス 2. ヨガ 3. ダンベル体操 4. バランスボール 5. ダンス系レッスン 6. 格闘技系レッスン 7. その他( )		
7	プールではどの様な運動をご希望ですか？ 1. 自由に泳ぎたい 2. 泳ぎを教わりたい 3. 歩く等の軽い運動 4. 水中運動(トレーニング) 5. 流水教室 6. その他( )		
8	現在かかっているご病気、怪我、気になる症状等ございましたらご記入ください		
※お医者様から運動して良いかの了解(有・無) 服薬(有・無)(1日/錠)			
お客様目標シート 平成 年 月 日			
順位	目標	目標を叶える手段	チェック