

医師による健康状態証明および同意書

静岡県静岡市葵区七間町 9-5 トレンズビル 2F-B

パーソナルトレーナー 堀航大 殿

私の患者_____から、フィットネス評価及びエクササイズプログラムを行う意向がある旨を伺い、以下の内容であることを確認しました。

この評価には、筋持久力、柔軟性テスト、体組成評価、血圧測定、心血管系フィットネス評価が含まれること。エクササイズプログラムは、レジスタンストレーニング及び心血管系トレーニングを含み、それらに限らない評価に基づいて設計されていること。

またセッションはおよそ1時間かかり、最大以下でかつ適度なレベルから始めること。

私の患者_____が、フィットネス評価及びエクササイズプログラムに参加するに際し、以下の制限があることをお知らせ致します：

加えて、いかなる状況においても以下の事項を禁止致します：

私は上記の制限・禁止事項について患者と話し合いました。上記の事項を条件にフィットネス評価に参加し、あなたの指導下でエクササイズプログラムを続行することを認めます。

日付： 年 月 日

医療機関名

所 在 地

担当医師名

印