

体験トレーニング申込みについて

当トレーニングジムに入会するにあたり、まず体験トレーニングを受けて頂いております。

体験トレーニングを希望される方は、提出書類に必要事項を記入のうえ弊社まで返送くださいますようお願い致します。運動制限が伴う様な合併症をお持ちの方は主治医からの運動許可が明記された紹介状をご用意ください。体験トレーニングの日程が決まりましたら、メールまたはお電話にてご連絡差し上げますので、しばらくお待ちくださいますようお願い致します。

【提出書類】

- 体験トレーニング申込書(①～⑤の計5枚)
- 確認書
- 骨密度検査(測定結果をお持ちの方はお送りください。)
- 医師の紹介状

⇒ 合併症をお持ちの方

(心肺機能に問題のある方は必ず医師から運動制限について記載された紹介状をお送りください。)

※提出いただいた個人情報[※]は安全かつ厳重に管理され、この目的以外で使用することはありません。

郵送先:

〒135-0042

東京都江東区木場2-17-13 第二亀井ビル3階

J-Workout 株式会社

【注意事項】

- ご提出いただく書類は個人情報に関わる重要な書類が含まれます。ご郵送にてご提出いただく際は、郵便局の簡易書留もしくはレターパックをご利用ください。
- 体験トレーニング申込書在中とご記載お願い致します。

J-Workoutは脊髄損傷者専門のトレーニングジムとなっておりますので脊髄損傷以外の疾患の方についてのトレーニングはお断りしております。また、脊髄損傷者の方でもトレーナーとのコミュニケーションを取ることのできない乳児や、合併症の症状が重く主治医から運動許可が出ていない方につきましては入会をお断りさせて頂く場合がございますのでご了承ください。

体験トレーニング申込書



希望するトレーニング場所にチェックをしてください。 東京スタジオ 大阪スタジオ

【Contact Information】

No. _____ 申込日 年 月 日

名前	ふりがな		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦	年	月	日生
身長	cm		体重	kg
住所	ふりがな			
電話	FAX			
携帯電話				
PC メール				
携帯メール				

※連絡はメールで差し上げますので必ず記入してください。
 ※携帯電話のメールアドレスを御指定される方は PC からのメールを受信できる様に設定してください。

【緊急時の連絡先】

名前	ふりがな	続柄	
電話		携帯電話	

体験トレーニングの概要

3日間プログラム (3時間 × 3日間 = 計 9時間)
 ¥150,000 (税別)

1日目	2日目	3日目
・マネージャーとの面談 (0.5時間) ・トレーナーとの面談 (0.5時間) ・トレーニング (2時間)	・トレーニング (3時間)	・トレーニング (2.5時間) ・トレーナーとの面談 入会説明 (0.5時間)

2日間プログラム (3時間 × 2日間 = 計 6時間)
 ¥ 98,000 (税別)

1日目	2日目
・マネージャーとの面談 (0.5時間) ・トレーナーとの面談 (0.5時間) ・トレーニング (2時間)	・トレーニング (2時間) ・トレーナーとの面談 入会説明 (0.5時間)

■ 傷害保険の内容 (スポーツ安全保険)

死亡保険金額	20,000,000円	入院保険金 (日額)	4,000円
後遺障害保険金額	30,000,000円	通院保険金 (日額)	1,500円

→ パーソナルトレーニング、傷害保険料、施設利用料、事務手数料を全て含んだ金額です。

ホームプログラム

→ 体験トレーニング実施中に映像を記録しお客様ごとにホームプログラムを作成する事ができます。
 希望される方はチェックして下さい。

オリジナルホームプログラム (DVD & マニュアル本) - ¥150,000 (税別)

※ 体験トレーニング時に撮影をした映像を編集し、トレーニングDVD & マニュアル本を作成します。
 ※ 編集等を含め、お届けまでは1ヶ月程度かかりますので、ご了承ください。

②

体験トレーニングに必要となりますので下記問診票を埋めてください。

【受傷原因について教えてください】

受傷日	年 月 日	受傷部位	【頸髄・胸髄・腰髄】の【 】番
事故 ・ 病気 【病名： _____】			
損傷レベル	完全損傷・不完全損傷・不明	手術した病院	_____
ASIA レベルスコア	<small>※ASIA→脊髄損傷の神経学的分類基準（不明の場合は不明とお書きください）</small>	プレート固定	有（ _____ ～ _____ 番）・無
脊髄損傷に至った事故の状況もしくは、病歴を詳しくお書きください。			

【現在の身体状態についてお答えください】

該当する項目にチェックしてください。

- 息切れする事がある 動悸がする事がある 胸が痛む事がある 喫煙者である 妊娠の可能性がある

<現在脊髄損傷以外の疾患がある場合は病名とその経緯について記入してください>

【病名】
.....
【経緯】

<家族歴(祖父母まで)を教えてください>

ご家族の中に以下の疾患をお持ちの方がいますか。該当する項目にチェックしてください。

- 心臓の病気 脳の病気 糖尿病 高血圧 脊髄疾病

<褥瘡(床ずれ)のある方は下記に記入してください>

- ① 褥瘡(床ずれ)部位： _____
- ② 現在通院治療中ですか？ はい いいえ
- ③ ガーゼ交換の頻度： 1日 _____ 回 それ以下
- ④ 浸出液がありますか？ はい いいえ
- ⑤ ガーゼ交換時に使用している薬があれば記入してください。 _____

<排尿方法を教えてください>

- 尿意： あり なし
 自然排尿 自己導尿 留置カテーテル 膀胱ろう その他

<排便方法を教えてください>

- 便意： あり なし
 自然排便 摘便 座薬 ストーマ その他

該当するものにチェックをしてください。

体の状態について チェックしてください	異所性骨化	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (部位: _____))
	関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (部位: _____))
	疼痛	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (部位: _____))
	自律神経障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 自律神経過緊張反射))
	感覚障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 触覚 <input type="checkbox"/> 痛覚 <input type="checkbox"/> 温度覚))
	感覚過敏症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし (部位: _____))
	肛門感覚	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし)
	肛門括約筋収縮	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない)

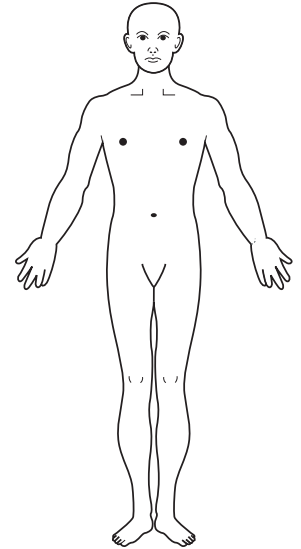
③

<しびれ>

しびれ あり なし

痛み あり なし

- ・しびれのある部分に斜線を入れてください。
- ・痛みのある部分に横線を入れてください。



<痙性(けいせい)>

→痙性(けいせい)とは意図せずに起こる筋肉の過剰反応で制御不能な筋肉の収縮や緊張の事を言います。

痙性 出る 出ない

どの部位に痙性が出ますか。該当するものにチェックをしてください。

背中 お尻 太もも ふくらはぎ 上肢

痙性が出る時の状態をできるだけ詳しく書いてください。(EX. 導尿時に膝が上がる、伸びる、上半身が仰け反るなど)

<随意運動>

受傷部位より下のレベルであって自分の意思で動かせる部位がありますか。ある場合はその部位も記入してください。

あり なし

部位: _____

現在服用している薬の種類、頻度、作用などすべてお書きください。

種類	頻度	作用

【過去の身体状態についてお答えください】

過去に罹患された疾患で該当する項目があればチェックしてください。 *チェックされた方は病名とその経緯を詳しくお書きください。

心臓の病気 脳の病気 糖尿病 高血圧 喘息 褥瘡(床ずれ) その他

【病名】

.....

【経緯】

該当するものにチェックをしてください。

基本動作の可否を教えてください	車椅子操作 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 *車椅子の種類が分かれれば教えてください。 <input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> ジョイスティック <input type="checkbox"/> チンコントロール <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 介助式
	寝返り <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
	起き上がり <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 介助
	座位保持(車椅子上以外) <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 介助
	立ち上がり <input type="checkbox"/> 手放し <input type="checkbox"/> つかまってなら可能 <input type="checkbox"/> 不可
	立位保持 <input type="checkbox"/> 手放し <input type="checkbox"/> つかまってなら可能 <input type="checkbox"/> 不可
	歩行 <input type="checkbox"/> 一部介助があれば可能 <input type="checkbox"/> 全介助で可能 <input type="checkbox"/> 杖、歩行器、平行棒 <input type="checkbox"/> 装具 *装具の種類: _____

4

現在の自立度を教えてください。□をチェックして詳細を記入してください。

機能	介助		ありの場合どのような介助が必要か詳細を記入してください。 (EX. 介助者の人数、補助具の使用、時間など。)	
	あり	なし		
セルフケア	食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	更衣(上肢)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	更衣(下肢)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	ベッド、椅子、車椅子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<リハビリ経歴>

経験したことのあるリハビリにチェックを入れてください。

- 車椅子でのADL訓練
- 上肢機能改善訓練(ストレッチ・筋力増強トレーニング)
- 下肢機能改善訓練(ストレッチ・筋力増強トレーニング)
- 座位・トランスファーなどの動作訓練
- 四つん這い
- はいはい
- 膝立ち
- 起立訓練 (起立台 スタンディングマシーン 平行棒 装具による立位【短下肢・長下肢】)
- 歩行訓練 (免荷式トレッドミル ロコモット 歩行器 平行棒 杖 装具による立位【短下肢・長下肢】)

現在もリハビリをされていますか？ はい いいえ

- 理学療法 作業療法 自主トレ

頻度：_____回 / 週 _____時間

リハビリの内容についてもお聞かせください：

現在までのリハビリ歴について詳しく教えてください。

搬送病院・手術した病院：	リハビリを行った病院・施設①：
入院期間： 年 月～ 年 月	リハビリ期間： 年 月～ 年 月
リハビリ期間： 年 月～ 年 月	リハビリ内容：
リハビリ内容：	
【感覚機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【運動機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【感覚機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【運動機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
リハビリを行った病院・施設②：	リハビリを行った病院・施設③：
リハビリ期間： 年 月～ 年 月	リハビリ期間： 年 月～ 年 月
リハビリ内容：	リハビリ内容：
【感覚機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【運動機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【感覚機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【運動機能の変化】 上肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、 下肢： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

5

【家族構成】 一人暮らし 家族と同居

【主な介護人】 家族(関係:) ヘルパー

【家屋構成】 一軒家 借家

【職業】 【休日】

【通勤方法】 自家用車 公共交通機関 その他

【就業時間】 : ~ :

【趣味】 有() 無

1日の生活の流れを教えてください。(Ex. 起床、就寝、昼食、パソコン使用、テレビ等)

6:00	.....	18:00	.....
9:00	.....	21:00	.....
12:00	.....	0:00	.....
15:00	.....		.....

その他、身体の問題、トレーニングを受けるにあたり心配なことがあればお書きください。

【アンケート】

・J-Workoutをどのように知りましたか？

TV 雑誌 新聞 Webサイト

病院の紹介(病院名:)

知人の紹介(名前:)

その他()

・現在働いてらっしゃいますか？ はい いいえ

* はいをチェックされた方、さしつかえなければ職業を教えてください。()

・車椅子スポーツ等に参加されていますか？ はい いいえ

種目: _____

・J-Workout への交通手段をお教えてください。

車 バス 電車 新幹線 飛行機

その他()

・入会後にメディア(TV、雑誌等)の取材にご協力いただく事は可能ですか？

はい いいえ

★今後のご案内を円滑に行うために以下アンケートにご協力お願い致します。

①入会を希望しますか？

現時点で入会を希望する 体験トレーニングを受けてから決めたい 入会を希望しない

<以下入会を希望される方(1)のみお答えください。>

②いつ頃からトレーニングに通うことが可能ですか？ _____

③どのくらいの頻度で通われる予定ですか？ _____

④トレーニングの曜日・時間帯 等のご希望を教えてください。 _____

⑤特に日程の希望はなく、空いているトレーニング枠から入ることが可能ですか？ はい いいえ

確 認 書

私は、J-Workout株式会社(以下「J-Workout」といいます。)が実施する脊髄損傷者専門トレーニング(以下「本トレーニング」といいます。)に参加するに当たり、以下の各事項を確認しました。

本トレーニングの提供にあたりJ-Workoutは、トレーニングに伴う参加者の危険を極力取り除くためにトレーニング方法を工夫すると共に、研修・訓練等を定期的に行うなど、不断の努力を行っていますが、そのような努力にも関わらず、脊髄損傷者が機能を回復させるために行う本トレーニングの性質上、場合によって参加者の転倒やトレーニングの負荷等により打撲・捻挫・関節炎・筋挫傷・骨折(骨粗鬆症による骨折を含む)、心不全・脳梗塞・脳出血(隠れた先天的な疾患や血管のダメージによるもの)、過反射、呼吸不全、低血圧症による脳虚血や多臓器障害、褥瘡の一時的な悪化やその他の予測の難しい事故・災害等により参加者の生命・身体に一定の危険が及ぶことがあり得ることについて、J-Workoutから十分に説明を受け、理解しました。

私は、参加者自身が上記のリスクを十分に理解した上で、本確認事項に同意することにより、J-Workout及びその役職員(アルバイト・ボランティアスタッフを含む。以下も同様とします。)が、上記リスクを過度に恐れることなく、参加者に最大の効果が得られるように積極的に本トレーニングを企画立案・実施することができること、本トレーニングを行う優秀な人材を確保できること、バランスの取れたコストで本トレーニングの提供を受けることができることを十分に理解しました。一方で、万が一、参加者に損害が生じた場合に備え、J-Workoutが自らの費用で損害保険に加入し、その保険金を参加者に支払うことで参加者に生じるリスクを軽減するよう配慮していること、そして、私に生じる損害が上記保険金を上回る事態があり得ること、その損害に備えるためには、追加の損害保険に加入する等の措置を私自身が行う必要があることを理解しました。

私は、上記のリスクにより私に損害が発生した場合であっても、J-Workout及びその役職員に責任問題が生じることなどにより、他の参加者に対する本トレーニングの実施や継続が困難になるなど脊髄損傷者全般にとって不利益になりかねない事態が生じることを望みません。

以上から、私は、本トレーニングに参加した結果、私の生命・身体に生じる可能性のある一切の損害について、それが予測可能な損害であるか否かに関わらず、またJ-Workout及びその役職員の過失の有無に関わらず、J-Workoutが加入する損害保険に基づき同社に対して支払われる保険金相当額を除き、上記損害の責任を私が個人的に負うことに同意し、J-Workout及びその役職員を免責します。

年 月 日

本人

①

代理人

①

【ヘルスケアポリシー】

トレーニングをお受けになる日は体調をしっかり整えてきてください。弊社トレーニングではこれまでに入院先や通院先で行われていたリハビリとは違った検査や運動を行いますので心身ともに負荷がかかります。体調が悪い状態のままトレーニングをお受けになりますと、全身状態の悪化や病状の悪化、その他重大な事故や怪我をまねく可能性もございます。体調に不安がある場合は躊躇なくトレーナーにご申告くださいますようお願い申し上げます。自覚症状が認められない場合でも当方でトレーニング不可と判断させていただくこともございますのでご了承ください。

【スキンケアポリシー】

感覚異常部の皮膚観察を毎日実施するようお願いいたします。(特に服で隠れていてトレーナーがチェックできない部分を重点的にお願いします。)知覚の消失した皮膚にできた傷は、治療が遅れると細菌感染や創部の拡大など大きな問題となる危険性があります。トレーニングを継続して実施するためには、重要なチェックですので皮膚に異常を発見した場合には医師の診察を受けてください。病状によってはトレーニングが受けられない場合もございますのでご了承ください。

【体験トレーニングのキャンセル】

体験トレーニングを受けられる方は、初日にマネージャー / トレーナーとの面談を受けて頂きます。面談の結果、体験トレーニングを受けて頂くことが難しいと判断された場合、2日目、3日目のトレーニングをお断りすることもございますのでご了承ください。その場合には、残りの日数分のプログラム代金を返金させていただきます。