



加圧トレーニング問診票

氏名： _____ 年齢： _____ 歳（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生）

男 ・ 女 _____ 記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

既往歴（いつからかも記載）

医師による加圧トレーニング承諾 要 ・ 不要 ・ 既承諾

病院名： _____ 担当医師： _____

服薬状況（いつから服用しているかも記載）

加圧トレーニングの目的

健康維持 ・ ダイエット ・ 美容／アンチエイジング ・ 筋力増強 ・ リハビリテーション ・
スポーツパフォーマンスの向上（種目： _____） ・ 産後
その他（ _____ ）

加圧トレーニング歴

なし ・ 既に行っている ・ 過去に行ったことがある
（ _____ ） ヶ月 ・ 年前 から

使用している加圧トレーニング機器（今後の使用予定機器も含む）

米国製 KAATSU MASTER ・ 米国製 KAATSU NANO ・ 米国製 KAATSU CYCLE ・ 加圧マスタープロ ・
加圧マスター ・ 加圧マスターミニ ・ KAATSU ウェルエイジング®ベルト指導用 ・ KAATSU ウェルエイジング®ベルト ・ 筋力アップクン EX <アスリートモデル> ・ 筋力アップクン EX <スタンダードモデル> ・ 加圧ビューティーベルト

現在（過去に）行っている加圧トレーニングメニュー

現在または過去に行っている加圧トレーニング以外の運動（いつからかも記載）