

メタボ脱出プログラム

参加者募集中！！



- ・必要性は感じているが、なかなか踏み出せない。
- ・医師から運動を勧められている。
- ・生活習慣を改善したいが、どうしたら良いかわからない・・・
- ・生活習慣病が心配だ。
- ・運動経験がないし、苦手だ。

★運動・栄養・生活を改善し燃えやすい
身体を目指しましょう！！

開催期間 平成22年6月9日（水）～ 8月25日（水）
（※7月7日、8月4日除く）

毎週水曜日 19:00～21:00

会場 富山市総合体育館（フィットネスルーム他）
受講料 20,000円（フィットネスルーム3カ月期間券代含む）
内容 生活習慣病に関する調査、栄養指導、運動プログラム作成・指導
各種測定（体成分測定、血液検査等）
結果のフィードバック

申し込み方法 平成22年6月7日（月）17:00までに下記問合せ先まで

教室日程

6月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

7月

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

8月

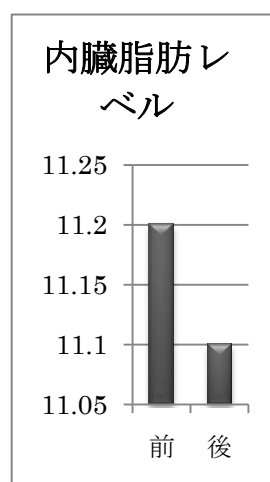
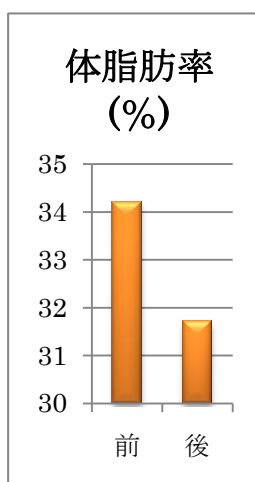
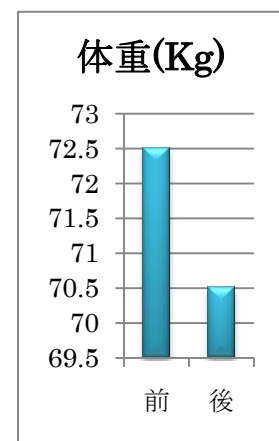
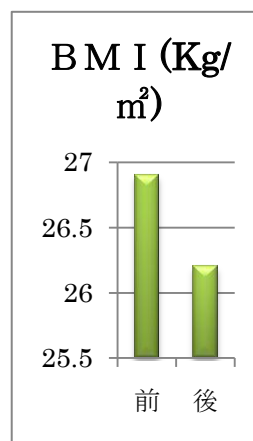
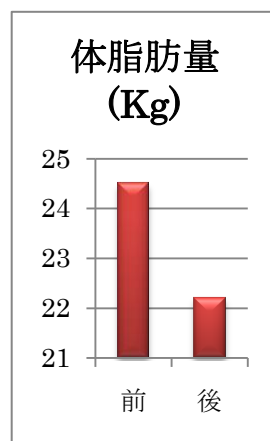
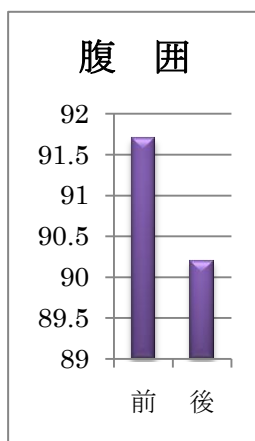
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

教室の流れ(予定)

	月 日	内 容
1 回目	6 月 9 日	血液検査・栄養指導、各種(InBody等)測定
2 回目	6 月 16 日	個別栄養指導・運動指導(減量計画作成)InBody 測定
3 回目	6 月 23 日	個別栄養指導・運動実践・InBody 測定
4 回目	6 月 30 日	InBody測定
5 回目	7 月 14 日	運動実践:フィットネスルーム、軽運動室、ランニング コースにて有酸素運動・筋トレ
6 回目	7 月 21 日	
7 回目	7 月 28 日	
8 回目	8 月 11 日	
9 回目	8 月 18 日	血液検査・InBody測定・運動実践
10 回目	8 月 25 日	InBody測定・運動・今後の生活について
教室終了後	9 月 22 日(予定)	InBody測定、終了後の生活について 運動・栄養・健康に関する相談等
アフターフォロー	10 月 20 日(予定)	
(3 回)	11 月 24 日(予定)	



前年度の成果(前回の教室 7 人参加の平均結果)



(財) 富山市体育協会 教室参加申込書

教室名	平成 22 年度 メタボ脱出プログラム		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月
		日 (年齢	歳)
住所	〒 TEL -		
勤務先	〒 TEL -		
メールアドレス	(自宅・勤務先・携帯)		
運動頻度	週に1回以上 ・ 月に2・3回 ・ あまり運動していない		
健康診断結果	有 ・ 無		

以下については、該当するものに○をつけてください。

※本問診は、アドバイスやカウンセリング時に参考とさせていただきますので、わかる範囲でご記入ください。

A) あなたは、定期健康診断や医療機関等で医師から、以下のことを言われたことがありますか？	
1. コレステロール値が高い	(はい ・ いいえ)
2. 中性脂肪が高い	(はい ・ いいえ)
3. HDLコレステロール値が低い	(はい ・ いいえ)
4. 血圧が高い	(はい ・ いいえ)
5. 血糖値が高い	(はい ・ いいえ)
6. 今までに心臓に問題があるので、許可された運動以外は行ってはいけない と言われた事がある	(はい ・ いいえ)
B) 現在、内科疾患をお持ちですか？	
	はい ・ いいえ
上記で、「はい」と答えたか方は、該当するものに○をつけてください。	
心臓病 (狭心症・心筋梗塞・その他) ・ 高血圧症 ・ 脳血管障害 (脳梗塞や脳出血)	
高脂血症 ・ 貧血 ・ 気管支喘息 ・ 糖尿病 ・ その他 (病名)	
C) 常に内服している、お薬はありますか？	
	(はい ・ いいえ)
薬剤名	

※裏面もご記入下さい

D) 現在、整形外科の疾患はありますか？		(はい ・ いいえ)	
病名			
E) これまでに、運動中または運動後に胸が苦しくなったり、息切れがひどくなるなどの症状が出たことはありますか		(はい ・ いいえ)	
症 状			
対処法			
喫煙の有無	(有 ・ 無)	喫煙歴	年 本/日
身長			
体重			
体脂肪 (わかる方だけ)			
血液型			

ご記入いただいた、データは教室実施の他、統計的に処理され皆様の今後の健康・体力づくりに関する事業の基本資料として利用されます。決して、個人としてデータが公表されることはありません。