

バイクフィットニング カウンセリングシート

生年月日 年 月 日 様 パーソナルデータ

目的目標	身体評価	
<input type="checkbox"/> ロードレース 【 】 <input type="checkbox"/> ヒルクライム/タイムトライアル 【 】 <input type="checkbox"/> サイクリング 【 】 <input type="checkbox"/> 痛みや不定愁訴の改善 【 】 <input type="checkbox"/> その他 【 】	FRONT	BACK
自転車歴	柔軟性向上※赤で記入 筋力向上※青で記入	
年 ケ月		
自転車にのる頻度		
週 km		
既往歴		
<input type="checkbox"/> 内科系疾患 【 】		
<input type="checkbox"/> 整形外科的疾患 【 】		
不定愁訴	その他	
<input type="checkbox"/> 肩こり 【 】 <input type="checkbox"/> 腰痛 【 】 <input type="checkbox"/> 膝痛 【 】 <input type="checkbox"/> その他 【 】		

