

「運動器の機能向上事業」の参加に係るチェックシート

下記の項目の間に対して、いずれかに○を付け、必要事項をご記入ください。

A この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？（いずれかに○を付けてください）

いいえ	
はい	「はい」の理由
	1. 高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) ①
	2. 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) ②
	3. 糖尿病 ③
	4. 呼吸器疾患 ④
	5. 骨粗しょう症又は骨折などの整形外科的疾患 ⑤
	6. その他() ア

B かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活制限」をされていますか？

いいえ	
はい	「はい」の理由
	1. 高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) ⑥
	2. 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) ⑦
	3. 糖尿病 ⑧
	4. 呼吸器疾患 ⑨
	5. 骨粗しょう症又は骨折などの整形外科的疾患 ⑩
	6. その他() イ

C 以下の質問について、「はい」「いいえ」「わからない」のいずれかに○を付けてください。

1. この6か月の間に心臓発作または脳卒中をおこしましたか？

はい	⑪	いいえ
----	---	-----

2. 心疾患(狭心症・心不全)、不整脈はありますか？

はい	⑫	いいえ
----	---	-----

3. 重い高血圧(収縮期高血圧180mmHg以上、又は拡張期血圧が110mmHg以上)がありますか？

はい	⑬	いいえ
----	---	-----

4. 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がありますか？

はい	⑭	いいえ
----	---	-----

5. 糖尿病で目がみえにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作がありますか？

はい	⑮	いいえ	わからない	ウ
----	---	-----	-------	---

6. この1か月以内に急性な腰痛、関節痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？

はい	エ	いいえ
----	---	-----

* ①～⑮の欄に該当する場合は必ず、ア～エの欄に該当する場合は必要に応じ、主治医に参加の適否を確認し、参加可能の場合は参加上の注意点の有無及び内容を以下に記入のうえ、申請書とともに提出してください。

医師連絡	確認年月日	令和 年 月 日		
	医療機関名	医療機関名称 医師氏名		
	方法 (該当番号に○)	1. 面接	2. 電話	3. その他()
	連絡者名	1. 本人又は家族 氏名	2. 地域包括支援センター 名称 氏名	3. その他 機関名 氏名
	運動器の機能向上教室に参加するにあたっての注意点	1. なし 2. あり (内容)		