

## 運動プログラム参加に係るチェックシート

医師の判断

対象者名:

日付: 年 月 日 確認者:

要

不要

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をされましたか？ （「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	----------------------------------------------------	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）

- 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）
- 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）
- 糖尿病、呼吸器疾患などのため
- 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
- その他（具体的にご記入ください）

( )

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？（「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	-----------------------------------------------------------	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）

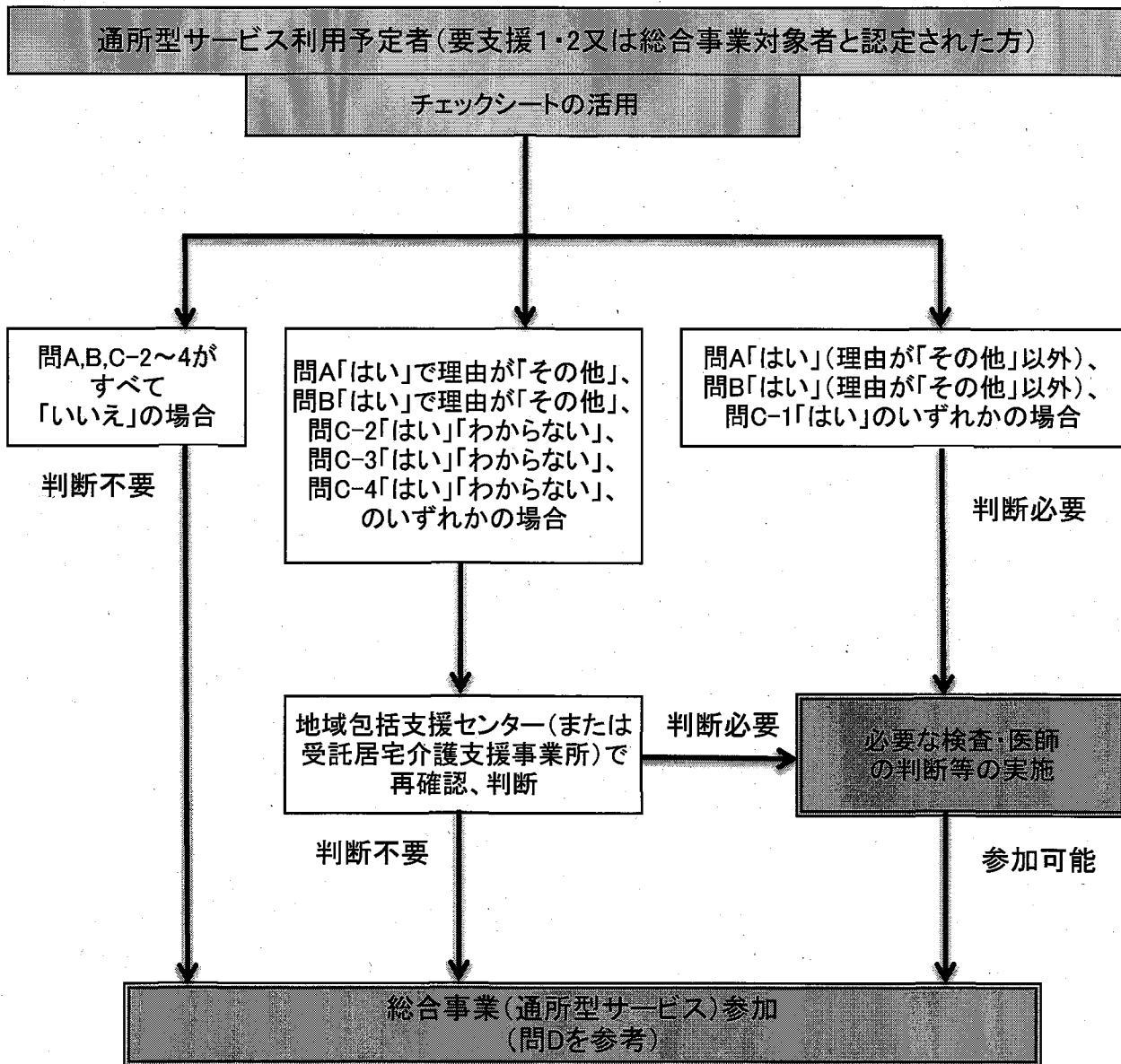
- 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）
- 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）
- 糖尿病、呼吸器疾患などのため
- 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
- その他（具体的にご記入ください）

( )

C	以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける）			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下のご質問にお答え下さい。（「はい」または「いいえ」に○をつける）		
D1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ

# 新しい総合事業 運動プログラム参加に係るチェックシートを活用した 医師の判断を求める対象者把握の流れ



問C-5~6「はい」の場合は、プログラム参加時の体調管理等の参考