

運動器の機能向上プログラム参加にかかる健康アンケート

記入日 年 月 日

氏名		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
住所			電話	

	心臓病	脳卒中	高血圧	糖尿病	腎臓病	肝臓病	骨粗鬆症	その他	治療中の医療機関
既往症									
治療中									

A	この3ヶ月で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)

<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="radio"/> 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	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)

<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="radio"/> 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下さい(「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)ありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えなくなったり、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	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常等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	

アンケートの結果は、総合事業参加時に活用します。このアンケート結果は、事業参加にあたり医師の判断が必要な場合は、市高齢福祉課から医療機関へ写しを送付します。この結果を目的以外に使用することはありません。

<アンケート情報提供同意> 総合事業を利用するにあたり、アンケート情報を提供することに同意します

同意者氏名

(書面同意 ・ 口頭同意)

* 地域包括支援センター記入欄

担当者 :

医師の判断 : 必要 ・ 不要

* 医師の判断「必要」の場合に記入

医療機関名	次回受診予定日	月	日
-------	---------	---	---