

プログラム参加に係るチェックシート

氏名

A	かかりつけ医はいますか？	はい	いいえ
---	--------------	----	-----

Aで「はい」の場合、そのかかりつけ医は何科ですか？

A1	整形外科() 内科() 外科() 神経内科・外科() その他()
----	---------------------------------------

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

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

C	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
---	-----------------------------------------------------------	----	-----

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

D	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)			
D1	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	
D2	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
D3	糖尿病で目に見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血圧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
D4	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
D5	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	
D6	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	

※B～Dにおいて、「はい」「わからない」と回答がある場合は、記入してください。

主治医氏名		生活機能評価情報提供書 記載についての承諾	有 ・ 無
医療機関名		1か月以内の受診	有 ・ 無