

鹿児島市版 運動型通所介護サービス参加に係るチェックシート

実施年月日 年 月 日 氏名（ ）

A	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
---	---	----	-----

↓

「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）

<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		