**[氏名　　　　　　　　　　　]**

**○　あなたの健康状態についてお伺いします。**

以下の内容は利用者の方の健康状態を把握し、トレーニングに無理なく参加していただくことを目的として、ご記入いただくものです。運動制限がある方、以下の項目に「あり」または該当項目がある方、“医師に運動の取り組み方を相談していない場合”は、医師と相談してから参加をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| **該当する□にチェックし、（　）がある場合は必要事項をご記入ください。** | 職員記入欄 |
| **１　現在、治療中の病気はありますか。ある場合、矢印の設問へ進み該当する□にチェックしてください**１）心臓病　　□なし□あり→この６か月以内に心臓発作を起こしましたか　　□いいえ　□はい２）不整脈　　□なし□あり→不整脈が安定していない　　　　　　　　　　　□いいえ　□はい３）脳卒中　　□なし□あり→この６か月以内に脳卒中を起こしましたか　　　□いいえ　□はい４）高血圧症　□なし□あり→重い高血圧症（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）が　　　　ありますか　　　　　　　　　　□いいえ　□はい　□わからない５）糖尿病　　□なし□あり→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　　　　　　　　　　□いいえ　□はい　□わからない６）骨・関節疾患　□なし　□あり（　　　　　　　　 　　）＊①②あり・なしに関わらず回答①この１か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。□いいえ　□はい②骨粗しょう症で、脊椎圧迫骨折がある。　　　□いいえ　□ある７）腎臓病　□なし　□あり（　　　　　　　　　 　　　　　）８）パーキンソン病　□なし　□あり９）その他（　　　　　　　　　　　 　　　）**２　この３か月間で１週間以上にわたる入院をしましたか**□いいえ　□はいその理由は何ですか？ 当てはまる項目に○を付けてください。□重い高血圧症、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□骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため□その他（　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ）**３　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？**□いいえ　□はいその理由は何ですか。 当てはまる項目に○を付けてください。□重い高血圧症、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□骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため□その他（　　　　　　　　　 　　　　　　　 ）**４　この１年間に転んだことはありますか**　　□　ない　□　ある　→転んだ場所（室内 ・ 室外）**５　参加までの１年以内に健康診査を受けましたか**□　はい　□　いいえ　→介護予防マシン筋力トレーニングの利用開始までに健康診査を受けてください。 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付場所 | 受付担当者名 |
|  | 高齢福祉課　　（第２庁舎・いずみプラザ） |
| 包括 | もとまち　こいがくぼ　ほんだ　ひよし　　ひかり　　なみき |  |