

# 健康調査票

記入日 年 月 日

氏名		要介護認定の有無	・なし ・要支援( 1・2 ) ・要介護( 1・2・3・4・5 )
			・事業対象者

教室実施時の参考にしますので、ご記入のほどよろしくお願いいたします。

1	現在、医療機関にかかっていますか？ 病名( ) 病院名( )	はい	いいえ
2	主治医に教室に参加することを制限されていますか？ ➡ ※「はい」と答えた方は、 <u>調査票確認後、状態をお尋ねしますので、事前に参加の可否、運動量や注意点を主治医にご確認ください。</u>	はい	いいえ
3	現在、薬を飲んでいますか？ 「はい」と答えた方、薬の名前はなんですか？ ( )	はい	いいえ
4	現在、血圧はどのくらいですか？ ( ) / ( ) mmHg		
5	肺の病気はありますか？	はい	いいえ
	「はい」と答えた方 息切れ・呼吸困難がありますか？ ➡ 病名( )	はい	いいえ

裏面に続く ➡

	糖尿病はありますか？	はい	いいえ
6	「はい」と答えた方 低血糖症状を起こしたことがありますか？ → 症状や合併症がある場合は記入してください。 ( )	はい	いいえ
7	コントロールされていない心疾患・不整脈はありますか？	はい	いいえ
8	関節痛、腰痛、神経痛はありますか？ 「はい」と答えた方：症状がある部位はどこですか？ 肩・腕・手・腰・膝・足・背中・首 その他( )	はい	いいえ
9	心筋梗塞、脳卒中を起こしたことがありますか？ 「はい」と答えた方、いつ頃ですか？ ( )	はい	いいえ
10	骨粗鬆症による骨折をされたことがありますか？ 「はい」と答えた方、いつ頃ですか？ ( )	はい	いいえ
11	手術を受けたことがありますか？ 「はい」と答えた方、何の手術ですか？ ( ) いつ頃ですか？ ( )	はい	いいえ
12	運動をするときに、配慮をして欲しいことがありますか？ 「はい」と答えた方、内容を教えてください。 例)膝が悪いので床に座れない、こけることがある、 耳が聞こえにくい。 ( )	はい	いいえ