

運動器関連プログラム参加希望者確認書

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインQ&A」
(平成28年9月30日版)より

※運動器の関連のプログラムを実施する際の、プログラム参加の可否について医師の判断を求める必要性について

以下のご質問に、お答えください。

A 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？

いいえ はい

「はい」の場合、医師の確認が必要

発症時期	(いつ頃)
入院の有無	入院なし・入院あり
病院名	
診療科	
医師名	

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？

いいえ はい

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる病名に○をつける)

○重い高血圧、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
 ○骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
 ○その他 ()

病名に○がついた場合は、医師の確認が必要

入院期間	(いつ頃)
病院名	
診療科	
医師名	

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？

いいえ はい

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる病名に○をつける)

○重い高血圧、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
 ○骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
 ○その他 ()

病名に○がついた場合は、医師の確認が必要

病院名	
診療科	
医師名	

私は運動器関連プログラムに参加を希望します。また、私の身体状況をよく把握している主治医に、呉市がプログラムへの参加可否について確認することを承諾します。

※医師の確認(意見書作成の依頼)に伴う手続きは呉市が行います。(手続きに要する期間は、約3週間程度です。)
 ※自己負担額は、0円です。

令和 年 月 日

住所 呉市 _____

ふりがな
氏名 _____

生年月日 _____

連絡先電話番号 _____

以下 介護保険課記入欄

主治医意見書の結果 事業参加 可 ・ 事業参加 不可 ・ 留意すれば参加可 (留意事項)