

# 運動プログラム事前チェックシート

確認日: 令和 年 月 日

名前	※診療情報提供書			無	有	依頼中
※本人に確認すること		チェック	医師への確認 必須		事業担当者 と相談	
1	主治医より運動の制限がある ／制限について聞いたことがない(分からない)	有・無	重い高血圧(160/100)、脳卒中、 心臓病(不整脈、心不全、虚血性心疾 患)、糖尿病、呼吸器疾患、消化器疾患、 骨粗鬆症、骨折、関節症の痛み		その他	
2	この3ヶ月間で1週間以上の入院又は手術歴がある	有・無	重い高血圧(160/100)、脳卒中、 心臓病(不整脈、心不全、虚血性心疾 患)、糖尿病、呼吸器疾患、消化器疾患、 骨粗鬆症、骨折、関節症の痛み		その他	
		入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
3	心臓発作又は脳卒中発作を起こした	有・無	半年以内		一年以内	
4	脳動脈瘤、腹部動脈瘤、大動脈瘤がある	有・無	有			
5	この一年で心電図に異常と言われた ／最近心電図検査をしたことがない	有・無			有	
6	ペースメーカーがある	有・無			有	
7	日常生活において最高血圧が160mmHg以上又は最低血圧 が100mmHg以上である 若しくは急激な血圧変化があった	有・無	有			
8	不整脈がある / 慢性閉塞性肺疾患や肺の病気で息切 れ・呼吸困難がある	有・無	今まで運動歴がない又は主治医に運動 の可否を聞いたことがない			
9	糖尿病で血糖のコントロールができていない	有・無	空腹時250mg/dl以上		HbA1c 8.0以上	
		血糖値	HbA1c			
10	インスリン療法をうけている	有・無			有	
11	低血糖発作を起こしたことがある	有・無			有	
12	慢性腎不全で透析を受けている。若しくは導入前又は高度 の腎機能低下がある。	有・無	有			
13	関節痛・関節炎・腰痛・神経痛がある	有・無	急性期		慢性期／術後	
		痛みの場所				
14	骨粗しょう症が原因で脊椎圧迫骨折したことがある	有・無			有	
15	急性期の肺炎・肝炎などの治療中である	有・無	有			
16	ガンの治療中である	有・無	治療継続期間中		定期受診のみ	
17	ひどい貧血や立ちくらみがある	有・無	運動するのに支障がでる程度			
18	ここ最近体調がすぐれない	有・無			有	

※その他確認事項		チェック	備考
①	普段の血圧又は測定結果	血圧: / 脈:	血圧160/100以上、 脈拍110拍/分以上 又は50拍/分以下は 医師の判断必須
②	認知機能の低下がみられる	有・無	集団でのプログラム実 施が可能であることが 必須
③	転倒の経験がある	有・無 いつ 場所	
④	つまずくことがよくある	有・無	
⑤	現在運動している	有・無 運動の種類 頻度	
⑥	過去に運動していたことがある	有・無 過去の運動歴	