

別添資料1-1 プログラム参加に係るチェックシート(例)

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="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください)	
()	

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="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> 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	

D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下のご質問にお答え下さい。(「はい」または「いいえ」に○をつける)			
	D1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
	D2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
	D3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
	D4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
	D5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ