別紙３

医師の判断を求める基準、流れ

１　運動器プログラム参加に係るチェックシートの内容を情報収集する。

２　チェックシートにおいて、問A「はい」（理由が「その他」以外）、問B「はい」（理由が「その他」以外）問C－1が「はい」のいずれかの場合は、医師の判断を求める。

３　２に該当せず、問A「はい」で理由が「その他」、問B「はい」で理由が「その他」、問C－2～4が「はい」もしくは「わからない」の、いずれかの場合は、地域包括支援センター等において、再度聞き取りを行った上で、必要があれば医師の判断を求める。

４　問C－5～6が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

**運動器プログラム参加に係るチェックシート**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A | この3カ月間で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？（あてはまる理由に○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（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？（あてはまる理由に○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（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カ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カ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 |  |