

事業対象者用

健康面 聞き取り用シート

年 月 日 (実施場所 記載者)

フリガナ 氏名		生年月日	M T S	年	月	日生
住所	〒 - 柏市	被保険者 番号				

●共通項目

- ①日常生活に支障をきたしている直接の原因である「病名」または「症状」は何ですか
病名または症状 ()
発症年月日 年 月 日 (年または年月だけでも可)
症状 安定 ・ 不安定 ・ どちらともいえない
- ②現在飲んでいる薬はありますか
いいえ ・ はい (いつから)
※必要に応じお薬手帳の確認
- ③薬が残ってしまうことはありますか
いいえ ・ はい (飲み忘れ・自分で量を調整している・飲みにくい・その他)
- ④皮膚の病気はありますか ※床ずれ等は栄養状態との関連もあります
いいえ ・ はい (床ずれ・その他)
- ⑤痛みや動かしにくい体の部位はありますか。ある場合それはどの部位ですか。
いいえ ・ はい (部位)
- ⑥特定疾病 (難病) の認定を受けていますか。「はい」の場合は病名をご記入ください。
いいえ ・ はい (病名)
- ⑦特記事項
()

●デイサービス入浴等の希望で感染症の確認が必要な場合 ※はいの場合には事業者に対応についてご相談ください

- ①感染症の既往はありますか ?
いいえ ・ はい () ・不明 ※B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV 結核

●運動器機能向上等プログラム参加される方のみ ※1つでもはいの場合には主治医に確認をしてください

- ①この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をされましたか?
いいえ
はい (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、骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛み、その他 (具体的))
- ②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 (その理由)

