

神戸市 健康状態確認シート

被保険者番号									
被保険者氏名					生年月日				
					M・T・S 年 月 日				
健康状態確認シート_実施事業者番号/事業者名									
健康状態確認シート_実施日					健康状態確認シート_実施者名				
年 月 日									

※ 基準に該当しない場合、
医師の判断は必須としない。

質問項目		医師の判断を求める基準	
- かかりつけ医で定期的に受診している、又は、ここ1年間で健康診査等を受けた。	はい	いいえ	「いいえ」の場合 > 医師の判断が必要。

■ 「はい」の場合 → 「A」以降の質問へ

■ 「いいえ」の場合 → 「D」へ（「A～C」への回答は不要です。） ※ 医師の判断が必要となります。

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」の場合、以下の中から当てはまる理由に○をつける。	重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	はい	いいえ	/	(1) Aが「はい」、かつ、その理由が「その他」以外 > 医師の判断が必要。 (2) Aが「はい」、かつ、その理由が「その他」 > ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。
	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 かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されているか。 → 「はい」の場合、以下の中から当てはまる理由に○をつける。	重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	はい	いいえ	/	(1) Bが「はい」、かつ、その理由が「その他」以外 > 医師の判断が必要。 (2) Bが「はい」、かつ、その理由が「その他」 > ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。
	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 以下の質問に「はい」「いいえ」または「わからない」の当てはまる項目に○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た。	はい	いいえ	/	(1) C1が「はい」 > 医師の判断が必要。 (2) C2～4が「はい」もしくは「不明」 > ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。 (3) C5、6について > 第1号通所事業参加時の体調管理等の参考とする。
	C2 重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がある。	はい	いいえ	不明	
	C3 糖尿病で目が見え難くなったり、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た。	はい	いいえ	不明	
	C4 この1年間で心電図に異常があるといわれた。	はい	いいえ	不明	
	C5 家事や買い物、散歩などでひどく息切れを感じる。	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、今も続いている。	はい	いいえ	/	
D 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るか。 → 以下の質問に「はい」または「いいえ」の当てはまる項目に○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	(1) D1～5について > 第1号通所事業の参加にあたり、基本チェックリストの結果に加え「D」の回答を介護予防ケアプラン原案作成の参考とする。	
	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		