氏名（　　様）

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所
ケアマネジメント用

短期集中予防サービス(通所型C・訪問型C)
運動器機能向上プログラム利用に係るチェックシート

問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	いいえ

「はい」の場合、その理由は何ですか？	当てはまる項目に✓	
○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）		要
○ 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）		要・否
（　　）		

問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	いいえ

「はい」の場合、その理由は何ですか？	当てはまる項目に✓	
○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）		要
○ 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）		要・否
（　　）		

【運動機能向上プログラム利用にあたって医師の判断の有無の判断方法】

①包括(居宅)は、短期集中予防サービス運動機能向上プログラムを利用希望者に上記チェックシートの内容を聞き取り情報収集する。

②問Aまたは問Bで「はい」(理由がその他以外）の場合は、医師の判断を求める。

③問Aまたは問Bで理由が「その他」の場合、再度聞き取りを行った上で、必要に応じて医師の判断を求める。

④医師の判断のための「利用確認書」は鶴岡市医療・介護連携様式3を使用する。

※地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）担当者の判断の結果

医師による適否確認　（　必要　・　不要　）

⇒医師の判断が必要な場合は、主治医に「利用確認書」をFAXし、事業利用の適否を確認する（FAXで回答をもらう）

※包括または居宅名

（　　）　担当：（　　）