

介護予防・生活支援サービス事業 主治医の意見書

対 象 者	[氏名] _____ [性別] <u>男・女</u> [生年月日] _____ 年 _____ 月 _____ 日
病 名	_____ (発病 _____ 年 _____ 月 _____ 日) _____ (発病 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
一 般 所 見 及 び 医 療 状 況	[血圧] _____ ～ _____ mmhg [脈拍] _____ 分 _____ 整・不整 [家族歴] 脳卒中・心疾患・突然死 <u>あり</u> ・ <u>なし</u> [治療の有無] <u>無</u> ・ <u>有</u> 内容
運動可否判断※	A : 運動可 B : 条件付き可 C : 不可
注 意 事 項 そ の 他 指 示	

※裏面のメディカルチェック項目を参考に判断をお願いします。

上記の者の介護予防・生活支援サービス事業への参加に同意します

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病医院名

主治医 _____ (印)

メディカルチェック項目

禁忌項目

- ☐ 最近生じた急性心筋梗塞
- ☐ 内科的治療により安定していない不安定狭心症
- ☐ 自覚症状または血行動態異常の原因となるコントロール不良の不整脈
- ☐ 症候性の高度大動脈弁狭窄症
- ☐ コントロール不良の症候性心不全
- ☐ 急性の塞栓症または肺梗塞
- ☐ 急性の心筋炎または心膜炎
- ☐ 急性大動脈解離

相対禁忌項目

- ☐ 胸痛、動悸、息切れ、失神などの自覚症状がある
- ☐ 活動性感染症
- ☐ 重度高血圧（収縮血圧 200mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上）
- ☐ 電解質異常
- ☐ 頻脈性不整脈または徐脈性不整脈
- ☐ 中等度の心弁膜症
- ☐ 急性肥大型心筋症またはその他の流出路狭窄
- ☐ 高度房室ブロック
- ☐ コントロールされていない代謝疾患(糖尿病、甲状腺中毒症など)
- ☐ 急性肥大型心筋症またはその他の流出路狭窄
- ☐ 高度房室ブロック
- ☐ 重症の全身疾患(単核症、肝炎など)
- ☐ 運動を禁止すべき神経・筋・骨・関節疾患

禁忌項目に 1 つでも該当する場合、運動療法は推奨されません。
相対禁忌項目に 1 つでも該当する場合は、主治医判断で運動療法可能です。