

健康状態確認表

対象者で参加希望の場合は以下の点を確認し、太枠内を記入して下さい。

		年 月 日	
利用者名		記入者 (所属・サイン)	
<p>本人に以下の内容を確認して記載します。 本人がわからない場合は、本人から医師へ確認してください。</p> <p>①医師からの運動制限の有無・運動できる範囲やその内容を確認 ②医師からの食事に関する指示やその内容 ③服薬情報(お薬手帳等の内容)</p>			
運動制限	無・有	内容	
この3ヶ月間に1週間以上の入院	無・有	内容	
かかりつけの医師等から日常生活で制限されていること	無・有	内容	
重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)	無・有		
服薬情報 (お薬手帳等から転記)	無・有	内容	
食事に関する医師の指示 ・IADL向上教室で栄養指導 利用しない場合のみ記載不要	無・有	内容	疾病名