介護予防事業利用可否判断報告書

①医療機関←市送付用

対象者氏名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

住　　所　新潟市　　区

1. 検査結果

②医療機関保管用

検査項目			検査結果
(1) 問診 血圧測定等	① 身体計測		身長　　cm　体重　　kg
	② 血圧		／　　mmHg
	③ 理学的検査	視診所見	無・有（　　）
		打聴診所見	無・有（　　）
		触診所見	無・有（　　）
(2) 貧血検査		赤血球	万/mm^3
		血色素	g/dl
		ヘマトクリット値	%
(3) 心電図		所見	所見なし・所見あり（　　）

③ご本人様控え用

2. 治療状況及び介護予防事業利用について

傷病名	
治療状況及び内服薬	
介護予防事業の利用について	可　・　否 事業利用が「可」の場合、以下にご記入ください。 (1) 留意事項あり 1. 血圧のコントロールが不十分であり、運動の際には十分な注意を要する。 2. 心疾患の既往等により、運動の際には十分な注意を要する。 3. 腰痛症、変形性関節症等、運動により痛みが憎悪する可能性があり、実施可能な運動が制限される。（　　） 4. その他（　　） (2) 留意事項なし

記入日　　年　　月　　日　　医療機関名

医師氏名　　電話　　（　　）