（事務局記載欄）

会員番号 No. _____

年 月 日

参加申込書兼健康チェック問診票

健康運動事業に次のとおり申し込みます。

ふりがな _____

氏 名 _____ 男 女

生年月日 _____ 年 月 日 （ 歳）

住 所 郵便番号 _____

伊達市 _____

電話番号 024- _____

携帯番号 _____

メールアドレス(任意) _____

勤務先 なし・あり（ _____ ）

医療機関名 なし・あり（ _____ ）

主治医 _____

緊急連絡先 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

電話番号 _____

（連絡が取れる方をお書きください。）

健康チェック問診表

次の各問において、あてはまるものの□内に／（斜線）を記入してください。

1 次の自覚症状についてお聞きします。

- (1) 胸に痛みや不快を感じることもある。 いいえ はい
- (2) 動悸や脈が速くなったり、乱れたりすることがある。 いいえ はい
- (3) 首や肩などに突発的な痛みや不快を感じることもある。 いいえ はい
- (4) 運動中にひどい息切れや胸苦しさを感じることもある。 いいえ はい
- (5) 運動中にめまいを感じたり、気を失ったりしたことがある。 いいえ はい

2 介護保険で、要介護認定を受けている。 いいえ はい

3 この3箇月間で、1週間以上の入院をした。

いいえ はい→原因（ ）

4 次の内容について、医者から言われたり、治療を受けたりしたことがありますか。

(1) 高血圧

- ア 血圧が高い（高血圧） いいえ 通院中 治った 放置
- イ 医師の指示により血圧を下げる薬を服用している。 いいえ はい
- ウ 上の血圧が180以上か、下の血圧が110以上ある。 いいえ はい

(2) 糖尿病

- ア 血糖が高い（糖尿病） いいえ 通院中 治った 放置
- イ 糖尿病がある方にお聞きします。次の状態はありますか。
- 過去に低血糖発作を起こしたことがある。 いいえ はい
- 空腹時血糖 200mg/dl 以上ある。 いいえ はい
- 網膜症を合併している。 いいえ はい
- 腎症を合併している。 いいえ はい
- 現在、HbA1c の値が8.0%を超えている。 いいえ はい

(3) コレステロールまたは中性脂肪が高い。 いいえ 通院中 治った 放置

(4) 尿酸が高い（痛風） いいえ 通院中 治った 放置

(5) 脳卒中（脳出血、脳梗塞など） いいえ 通院中 治った 放置

(6) 心臓の病気（狭心症、心筋梗塞、不整脈、動脈瘤など）

いいえ 通院中 治った 放置

(7) 呼吸器の疾患（慢性閉塞性肺疾患、慢性気管支炎など）

いいえ 通院中 治った 放置

(8) 肝臓の病気

ア 肝硬変、肝炎

いいえ 通院中 治った 放置

イ ウイルス性肝炎の活動期（活発に動いている。）である。

いいえ はい

ウ 急性肝炎である。

いいえ はい

(9) 慢性腎臓病にかかっている、又は薬物療法や人工透析を受けている。

いいえ 通院中 治った 放置

(10) 関節について

ア 関節に痛み・しびれがある。

いいえ 通院中 治った 放置

イ 痛み、しびれがある場合はどこですか。

☐ 首		
☐ 肘	☐ 右	☐ 左
☐ 腰		

☐ 股関節	☐ 右	☐ 左
☐ 膝	☐ 右	☐ 左
☐ 足首	☐ 右	☐ 左

ウ 人工関節がついている。

いいえ はい →部位（ ）

エ 骨粗しょう症である、又は骨を強くする薬を服用している。

いいえ はい

(11) 感染しやすい病気にかかっている。

いいえ はい

(12) けいれん発作をおこす。

いいえ はい

(13) 上記の他に、定期的に治療中、内服中の病気がある。

いいえ はい →病名（ ）薬（ ）

5 医師から運動することについて注意をうけている。

いいえ はい

6 現在、定期的に運動を行っている。

いいえ はい →内容（ ）頻度（ ）

同意書

- 1 私が健康運動事業に参加するにあたり、伊達市、受託事業者その他関係機関に対して、事業の評価のため、個人情報、医療費及び介護保険等に関連した情報、特定健診情報並びに後期高齢者健診情報を提供及び提供の趣旨に従って利用することに同意します。
- 2 私は、健康運動事業に参加するにあたり、以下の場合に限り、個人情報を必要な範囲で提供すること及び提供の趣旨に従って利用することに同意します。
 - (1)伊達市と地域包括支援センター間での連絡調整のため
 - (2)主治医の意見及び助言を求めるため
 - (3)その他の状況に応じた適切なサービス提供のため
- 3 問診票に記入した内容は、本教室の参加申し込み時点に、私が記入又は回答した内容であり、申し込み以後、健康内容に変更がある場合は自ら申し出ます。申し出を怠ったため、本教室に参加するにあたり万一の事故が発生した場合は自己の責任とし、主催者や判定医師に対して、責任を問わないこととします。
- 4 私は、定期的に健康診断を受け健康状態を確認します。また、治療中の場合は主治医の承諾を得たうえで、運動を行います。
- 5 私は、参加当日又は参加中に体調変化があった場合、必ず職員に申し出ます。また、体調の変化に伴って、参加の中止又は中断の判断がされた場合、職員の指示に従います。

____年 ____月 ____日

伊達市長

(ご本人署名)

氏 名 _____