

医療情報提供シート

氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日			
			大 昭 平	年	月	日 (歳)

診断名：(生活機能低下を及ぼしている直接的原因となっている傷病名)

1. _____	発症年月日 (昭・平・令 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭・平・令 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭・平・令 年 月 日頃)

運動や日常生活で留意すべき内容 (可能であれば、医師からの聞き取り内容も記載)

※医師に内容を確認するのは、関与すると思われる診断名がある場合に限りです。

上記病名において運動に関わる注意事項	
① 上記に関連した手術を受けていますか？ 手術部位と手術方法(術式)は何ですか？	有・無
<input type="checkbox"/> 人工関節置換術 (<input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 膝関節) (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 脊椎手術 <input type="checkbox"/> その他 骨折等手術 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 : _____) <input type="checkbox"/> 脳血管手術等 <input type="checkbox"/> 循環器疾患等 <input type="checkbox"/> その他 臓器手術 (_____)	
・ご利用者からの聞き取り内容(禁止動作。痛みの詳細、特に最近の増悪等) ・主治医からの聞き取り内容	
② 動悸、息切れ、胸部痛などを生じることがありますか？	有・無
・ご利用者からの聞き取り内容(どんな時に、どの程度症状が出るか。特に最近の増悪等) ・主治医からの聞き取り内容(運動負荷や血圧の範囲など)	
③ 意識消失(気を失うなど)や眩暈(めまい)をきたしたことがありますか？	有・無
・ご利用者からの聞き取り内容(どんな時に、どの程度症状が出るか。特に最近の増悪等) ・主治医からの聞き取り内容	
薬に関する留意すべき内容(薬剤名は基本情報等の記載を参照) ・ご利用者からの聞き取り内容(副作用、内服状況)	

その他 特筆事項

※医師の意見書には、専門職種の助言に役立つ情報が数多くあります。可能であれば当日持参ください。