

現在の健康状態についてお答えください。

1 現在、治療中の病気はありますか。

ある、ない に
ある場合は、病名、病院名を記入

・ ある

(病名 病院名)

(病名 病院名)

(病名 病院名)

・ ない

2 最近6ヶ月以内に心臓発作、脳卒中発作(軽いものを含む)がありましたか。

・ 心臓発作 (ある ない)

ある、ない に

・ 脳卒中発作 (ある ない)

3 最近6ヶ月以内に入院したことがありますか (ある ない)

(入院したことがあった方は、病名や病状等具体的にご記入ください。)

ある、ない に
ある場合は、病名、症状等を具体的に記入

4 医師から日常生活上の活動について制限されていますか。

() 入浴の制限

() 階段の昇り降りの制限

ある場合は、()内に を記入
その他の場合は具体的に記入

() 散歩の制限

() その他の制限(具体的に)

5 日常生活で支障を感じていることは何ですか。(複数回答可)

() つまづきやすくなった

() 転びやすくなった

ある場合は、()内に を記入
その他の場合は具体的に記入

() 立ち上がりにくくなった

() 階段の昇り降りが大変になった

() その他 (_____)

様式第3号（第6条関係）

誓 約 書

住 所 日吉津村大字日吉津 872 番地 15
対象者
氏 名 日吉津 花子

このたび、日吉津村高齢者筋力向上トレーニング事業の利用を申請いたしましたが、対象者の健康状態等については、かかりつけの医師と相談するなど申請者が責任を持ち、利用時等に事故が発生した場合には一切その責任を問いません。

平成 年 月 日

日吉津村長 石 操 様

住 所 日吉津村大字日吉津 872 番地 15
申請者 氏 名 日吉津 太郎
対象者との続柄 （ 子 ）