

(申請者記載欄)

4. 運動可否判定依頼書

今般、〇〇市主催の「健康教室」に参加するに当たり、主催者の指示により運動可否の判定を依頼します。

なお、本教室に参加するに当たり、万一の事故が発生した場合、自己の責任とし、判定医師に対しての責任を問うものではありません。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

主催者 _____ からの依頼

1次検診 (主治医診察を含む)

申請者が持参する別添「基本健診等データ」、別紙1「運動可否判定質問票」と問診・診察結果を基に、別紙2「運動可否判定基準」、別紙3「運動プログラムの内容」をご参照の上、「運動実施の可否判定用チェックリスト (1次検診)」ならびに「運動可否判定書 (1次検診)」(医師記載欄1及び2)へのご記入をお願いいたします。

判定が不能な場合あるいは判定のためのデータが不足している場合は、適宜実施又は2次検診にお返し下さい。

2次検診 (専門医診察・精密検査)

「運動可否判定書 (1次検診)」をご参照の上、「運動実施の可否判定用チェックリスト (2次検診)」ならびに「運動可否判定書 (2次検診)」(医師記載欄3及び4)へのご記入をお願いいたします。

運動可否判定質問票

平成 年 月 日記入

ふりがな

氏 名 (男・女)

生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (記入日現在 歳)

住 所 電話番号

この質問票は、あなたの健康状態などについて調査し、不慮の事故を未然に防ぎ、健康づくりのための効果的な運動を実践していただくため、医師が運動の可否を判定する資料として役立つものです。

質問票への答えや特定健康診査等の個人データは、健康増進事業の目的以外に利用または公表されることはなく、個人名が明らかにされることはありません。

以下の質問について、いずれかをマルで囲んでください。

- 1 胸部の発作的な痛みや不快感を感じることがありますか はい いいえ
- 2 脈が乱れたり、速く感じることはありませんか はい いいえ
- 3 運動中にひどい息切れを感じることはありませんか はい いいえ
- 4 運動中に気になるめまいが起きたり、気を失ったことがありますか はい いいえ
- 5 現在、たばこを吸っていますか (禁煙後6か月以上経過していない場合は、「はい」にマルしてください) はい いいえ
- 6 両親や兄弟・姉妹に心臓の病気や急死をした方がいますか (ただし、父・兄弟は55歳以前、母・姉妹は65歳以前に発病した場合) はい いいえ
- 7 最近、運動するときに関節や筋肉の痛みを感じますか はい いいえ
その場合の痛みの部位 (手指、手首、肘、肩、頸、腰、背中、股関節、膝、足首、足指、その他_____)
- 8 現在、医療機関で治療中の病気がありますか はい いいえ
その場合の病名 (高血圧、糖尿病、不整脈、その他_____)
- 9 これまでに入院したこと、あるいは精密検査をしたことがありますか はい いいえ
その場合の病名 (_____)
- 10 階段を登るのは苦しいですか
あるいは、手すりを使わないと登れないですか はい いいえ

(申請者記載欄)

運動可否判定依頼書

今般、〇〇市主催の「健康教室」に参加するに当たり、主催者の指示により運動可否の判定を依頼します。

なお、本教室に参加するに当たり、万一の事故が発生した場合、自己の責任とし、判定医師に対しての責任を問うものではありません。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

主催者 _____ からの依頼

1次検診（主治医診察を含む）

申請者が持参する別添「特定健診等データ」、別紙1「運動可否判定質問票」と問診・診察結果を基に、別紙2「運動可否判定基準」、別紙3「運動プログラムの内容」をご参照の上、「運動実施の可否判定用チェックリスト（1次検診）」ならびに「運動可否判定書（1次検診）」（医師記載欄1及び2）へのご記入をお願いいたします。

判定が不能な場合あるいは判定のためのデータが不足している場合は適宜実施又は2次検診にお返し下さい。

2次検診（専門医診察・精密検査）

「運動可否判定書（1次検診）」をご参照の上、「運動実施の可否判定用チェックリスト（2次検診）」ならびに「運動可否判定書（2次検診）」（医師記載欄3及び4）へのご記入をお願いいたします。

(医師記載欄1)

運動実施の可否判定用チェックリスト (1次検診)

(判定に使用後は申請者又は主催者にお渡し下さい)

【保有する動脈硬化危険因子・疾患・障害】 該当項目に○、あるいは記入

1	喫煙：なし あり (_____ 本/日)
2	年齢：70歳未満 70歳以上
3	低体力：なし あり
4	家族歴：なし あり (_____)
5	脂質異常：高コレステロール血症； なし あり (投薬 なし あり)、 高中性脂肪血症；なし あり (投薬 なし あり)、 低HDLコレステロール血症；なし あり
6	高血圧：なし あり (投薬 なし あり)； <u>β遮断薬の投薬 なし あり</u>
7	糖尿病、耐糖能異常：なし あり (投薬 なし あり)
8	肥満：なし あり
9	不整脈：なし あり (投薬 なし あり)； <u>β遮断薬の投薬 なし あり</u>
10	その他の心・血管疾患：なし あり (病名： _____ ； 投薬 なし あり)； <u>β遮断薬の投薬 なし あり</u>
11	脳・血管障害：なし あり (病名： _____ ；投薬 なし あり)
12	貧血：なし あり (投薬 なし あり)
13	気管支喘息：なし あり (投薬 なし あり)
14	骨・関節・筋肉の痛み・障害：なし あり ；骨粗しょう症：なし あり (投薬 なし あり) ；変形性関節症：なし あり (投薬 なし あり) ；その他 _____、(投薬 なし あり) 部位：手指 手首 肘 肩 頸 背中 腰 股関節 膝 足首 足指 その他の部位 (_____)
15	その他の疾患：なし あり (病名： _____) ；投薬 なし あり)
16	ワーファリンの使用：なし あり

次頁へ

(医師記載欄 2)

運動可否判定書（1次検診）

申請人_____氏から依頼のあった運動可否について、下記のとおり判定します。

ただし、この判定は下記項目による現時点のもので、将来の運動実施についての参考資料であって、安全性を保証するものではありません。

運動開始前に気分や調子が悪いときは、決して無理をせずに改めて医師へご相談ください。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)

記

【判定区分】 該当項目に○、あるいは特記事項などがあれば記入（C1判定の場合も、判断が可能な範囲でB項の条件のご記入をお願いいたします。）

A 運動可（別紙3の運動プログラム）

B 条件付運動可（治療は投薬なしの食事療法や観察のみなどを含む）

・有酸素運動の負荷強度軽減：不要、必要

※糖尿病（耐糖能異常含む）あれば負荷強度軽減、

※他の危険因子や障害は重症度や重積度に応じて軽減

・β遮断薬の投薬：なし あり

・低体力：なし あり

・筋力運動の負荷軽減：不要、必要（部位：肘 肩 腰 膝 その他____）

C1 専門医による診察ないし精密検査要

（不明ないし可否判定が不能な項目（ _____

_____）があるため、

あるいは _____ の疑いのため、

専門医受診、あるいは _____ 検査要）

C2 医療機関（施設）での運動療法、またはリハビリテーション

D 運動不可

（理由： _____）

(医師記載欄 3)

運動実施の可否判定用チェックリスト (2次検診)

(判定に使用後は申請者または主催者にお渡し下さい)

【保有する動脈硬化危険因子・疾患・障害】 該当項目に○、あるいは記入

1	喫煙：なし あり (_____ 本/日)
2	年齢：70歳未満 70歳以上
3	低体力：なし あり
4	家族歴：なし あり (_____)
5	脂質異常：高コレステロール血症； なし あり (投薬 なし あり)、 高中性脂肪血症；なし あり (投薬 なし あり)、 低HDLコレステロール血症；なし あり
6	高血圧：なし あり (投薬 なし あり)； <u>β遮断薬の投薬</u> なし あり
7	糖尿病、耐糖能異常：なし あり (投薬 なし あり)
8	肥満：なし あり
9	不整脈：なし あり (投薬 なし あり)； <u>β遮断薬の投薬</u> なし あり
10	その他の心・血管疾患：なし あり (病名： _____ ； 投薬 なし あり)； <u>β遮断薬の投薬</u> なし あり
11	脳・血管障害：なし あり (病名： _____ ；投薬 なし あり)
12	貧血：なし あり (投薬 なし あり)
13	気管支喘息：なし あり (投薬 なし あり)
14	骨・関節・筋肉の痛み・障害：なし あり ；骨粗しょう症：なし あり (投薬 なし あり) ；変形性関節症：なし あり (投薬 なし あり) ；その他 _____、(投薬 なし あり) 部位：手指 手首 肘 肩 頸 背中 腰 股関節 膝 足首 足指 その他の部位 (_____)
15	その他の疾患：なし あり (病名： _____) ；投薬 なし あり
16	ワーファリンの使用：なし あり

次頁へ

(医師記載欄 4)

運動可否判定書（2次検診：専門医診察・精密検査）

申請人_____氏から依頼のあった運動可否について、下記のとおり判定します。

ただし、この判定は下記項目による現時点のもので、将来の運動実施についての参考資料であって、安全性を保証するものではありません。

運動開始前に気分や調子が悪いときは、決して無理をせずに改めて医師へご相談ください。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____

記

【判定区分】 該当項目に○、あるいは特記事項などがあれば記入

- A 運動可（別紙の運動プログラム）
- B 条件付運動可（治療は投薬なしの食事療法や観察のみなどを含む）
 - ・有酸素運動の負荷強度軽減：不要、必要
 - ※糖尿病（耐糖能異常含む）あれば負荷強度軽減、
 - ※他の危険因子や障害は重症度や重積度に応じて軽減
 - ・β遮断薬の投薬：なし あり
 - ・低体力：なし あり
 - ・筋力運動の負荷軽減：不要、必要（部位：肘 肩 腰 膝 その他_____）
- C 医療機関（施設）での運動療法、またはリハビリテーション
- D 運動不可
(理由：_____)

5. 運動可否判定基準

判定は、次のA～Eの6段階です。以下に示す判定基準などは一般的なものです。運動に伴う危険性について、現在の医学水準で得られるデータを基に最善の注意をはらっても、不完全な予測しか出来ないことは当然のこととされていますが、当該依頼者に対しては、各々の個別的な健康状態や病歴も考慮されて可能な範囲で運動可否判定を下さるようお願い致します。

A：無条件で運動可

- 加齢以外に動脈硬化危険因子の保有なく、自覚症状や治療中ないし未治療の慢性疾患を有しない70歳未満の健常者で、階段を無理なく登れる程度の体力を有する者

B：条件付き運動可（条件：治療、運動強度など）

- 70歳以上あるいは低体力の健常者
- 動脈硬化危険因子や治療中ないし未治療の疾患を保有しているが、軽症もしくは治療（投薬なしの食事療法や経過観察などを含む）によりコントロールされており、実施される運動プログラムを無理なく実行できると判断される者で、運動禁忌となる疾患を保有あるいは保有を疑わせる自覚症状が無い者

C1：医療機関における精密検査が必要

- 疾患の保有が疑われる者、又は保有疾患の重症度やコントロール状況あるいは治療内容の不明な者（高血圧、糖尿病、不整脈、神経疾患、脳・血管疾患、心・血管疾患、呼吸器疾患、代謝性疾患、腎疾患、肝疾患、整形外科疾患など）

※精密検査：専門医あるいは主治医受診

心・脳血管疾患：24時間心電図、運動負荷試験、心臓超音波検査、X線写真、核医学検査、血管造影、CT、MRI など

その他の内科疾患：糖負荷試験、呼吸機能など

整形外科疾患：X線写真、CT、MRI など

※精密検査を行なわなくとも保有疾患が明確で、医療機関（施設）における運動療法が適切と判断される場合はC2とする。

C2：医療機関（施設）における監視下の運動療法（リハビリテーション）

- A及びB以外で運動療法が必要な者

D：運動禁忌ないし嚴重な注意が必要

- 急性期・活動期疾患（上気道炎や胃腸炎などの短期間で治癒する疾患も治癒するまでは体力テストも不可）、不安定狭心症、重症不整脈、中等度以上の大動脈弁疾患、肥大型閉塞性心筋症、解離性大動脈瘤、左冠状動脈主幹部狭窄、肺高血圧症、僧坊弁狭窄症、うっ血性心不全、コントロールされていない疾患の保有者、重度の身体・精神障害、薬物中毒、電解質異常

E：判定不能

- 精密検査ができないなどの理由で、適切な判定ができない者

6. 運動プログラムの内容

運動プログラムは、軽度～中等度の筋力トレーニングと有酸素運動トレーニングから構成されます。

筋力トレーニング

最初の3か月は、上肢、体幹、下肢の自体重を利用する軽度のトレーニングを行い、以後は、6か月毎に体力（筋力）の向上に合わせてゴムチューブ（セラバンド：1～7kg相当）やウェイト（ダンベルなど：1～5kg）を併用して負荷を増す。1部位10回×1～3セット、2～5日/週を目標にする。

有酸素運動トレーニング

施設におけるトレーニングでは、各参加者の体力に合わせた強度（（乳酸性閾値水準以下）の自転車エルゴメーター運動を30分/回、週2回を目標にして行う。強度は、体力の向上に合わせて、各参加者の心拍数を基準にして調整される。

家庭におけるトレーニングでは、歩数計を利用してウォーキング運動を行う。

運動量は、1日8,000歩、週5～7回を目標にして、トレーニング開始時の1日当たりの歩数から漸増する。なお、1日のうち合計30分以上は早足で歩くことを勧める。

70歳以上の高齢者、低体力者および骨・関節・筋肉の痛みや障害の保有者には、運動負荷（運動強度、運動量、頻度）を軽くするか、あるいは実行可能な運動様式のプログラム（機器による受動的運動を伴うトレーニングなど）を用意する。

高血圧、糖尿病、不整脈および他の疾患の保有者で、運動が禁忌ではなく、とくに医療機関（施設）における監視下の運動療法を必要としない場合には、上記の運動プログラムを適用するが、症状に合わせて運動負荷を軽くする。

7. 今日の健康状態チェック（初回体力テスト用）

記入日：平成____年____月____日
氏名 _____ 男・女 生年月日____年____月____日____歳
(年齢は平成 年 月 日現在の満年齢)

以下の質問について、あてはまるものを○で囲んでください。
また、必要に応じて、() に内容を書いてください。

I. 体の調子で、今日あるいは数日前から始まった悪いところがありますか。

- ①風邪をひいている（熱がある・身体がだるい・のどが痛い・頭痛がする・咳や痰がでる）
- ②腹をこわしている（下痢がある、腹痛がある、身体がだるい、食欲がない）
- ③胸痛がする（胸が締めつけられる）・動悸や息苦しさがある・めまいがする、
- ④過労状態である・体調が悪い
- ⑤関節や筋肉が痛い（手、肘、肩、頸、背中、腰、股関節、膝、足、その他_____）
- ⑥その他（_____）

II. 最近、次のような気になる自覚症状はありますか。

- ①運動すると胸、または頸や肩などの痛みや不快感の発作が起こる はい いいえ
- ②運動すると、めまいや失神がおこる はい いいえ
- ③安静中や就寝中に胸、または頸や肩などの痛みや不快感の発作が起こる
はい いいえ
- ④安静中や軽い運動でも息切れがする はい いいえ
- ⑤夜間に息が苦しくて寝ていられないことがある はい いいえ
- ⑥足がむくむ はい いいえ
- ⑦動悸がしたり、あるいは脈が速くなったり乱れたりする はい いいえ
- ⑧歩いているうちに脚が痛くなり引きずることがある はい いいえ
- ⑨運動すると関節や筋肉が痛い はい いいえ
「はい」の場合、部位は（手、肘、肩、頸、背中、腰、股関節、膝、足、その他_____）
- ⑩異常な疲労感がある はい いいえ
- ⑪その他（_____）

III. 固定式自転車のようなペダルを踏む運動ができますか。 はい いいえ

IV. 病院や医院で処方されている薬はありますか。 はい いいえ

処方されていると答えた方：今日は服薬しましたか。 はい いいえ

8：体力テスト実施基準

I. 体の調子で、今日あるいは数日前から始まった悪いところがありますか。

- ①風邪をひいている
熱、身体がだるい、のどが痛い、頭痛：中止
咳や痰（上記症状あるいは喘息を伴う、色の付いた痰が出る）：中止
- ②腹をこわしている
下痢、腹痛、身体がだるい：中止
食欲がない（上記症状を伴う）：中止
- ③胸痛（胸が締めつけられる）、動悸や息苦しさ、めまい：中止
- ④過労状態である、体調が悪い：中止
- ⑤関節や筋肉が痛い（手、肘、肩、頸、背中、腰、股関節、膝、足、その他_____）
痛みがあれば無理せず可能な範囲で実施
著しい痛み、痛みが悪化：中止
関節の熱感・腫脹：中止
腰痛・頸部痛（脊椎の前後屈で痛みが強くなる、痛みが上下肢へ放散する）：中止
- ⑥その他（_____）：適宜判断

いずれの症状も著しいか持続する場合は中止だけでなく受診を勧める。

II. 最近、次のような気になる自覚症状はありますか。

- ①運動すると、胸、または頸や肩などの痛みや不快感の発作が起こる ○はい
- ②運動すると、めまいや失神がおこる ○はい
- ③安静中や就寝中に胸、または頸や肩などの痛みや不快感の発作が起こる ○はい
- ④安静中や軽い運動でも息切れがする ○はい
- ⑤夜間に息が苦しくて寝ていられないことがある ○はい
- ▲⑥足がむくむ ○はい
- ⑦動悸がしたり、あるいは脈が速くなったり乱れたりする ○はい
- ⑧歩いているうちに脚が痛くなり引きずることがある ○はい
- ⑨異常な疲労感がある ○はい
- △⑩その他（_____）

●：中止

▲：他の●があれば中止、なければ無理せず可能な範囲で実施

△：適宜判断

いずれの症状も著しいか持続する場合は中止だけでなく受診を勧める。

III. 固定式自転車のようなペダルを踏む運動ができますか。

はい いいえ：自転車（持久性）テストを中止

IV. 病院や医院で処方されて服薬している薬はありますか。

はい、 いいえ

処方されていると答えた方：今日は服薬しましたか。

はい いいえ：中止

V. 今日の血圧（_____ / _____ mmHg）。

180/100 mmHg 以上（何れか一方を満たす場合）：中止

※ 2回測定し、低い血圧値を採用

9. 今日の健康状態チェック

氏名 _____ 男・女 記入日：平成____年____月____日
生年月日____年____月____日____歳
(年齢は平成 年 月 日現在の満年齢)

以下の質問についてあてはまるものを○で囲んでください。
また、必要に応じて、() に内容を書いてください。

- I. 体の調子で、今日あるいは数日前から始まった悪いところがありますか。
- ①風邪をひいている (熱がある、身体がだるい、のどが痛い、頭痛がする、咳や痰がでる)
 - ②腹をこわしている (下痢がある、腹痛がある、身体がだるい、食欲がない)
 - ③胸痛がする (胸が締めつけられる) ・動悸や息苦しさがある ・めまいがする
 - ④過労状態である ・体調が悪い
 - ⑤関節や筋肉が痛い(手、肘、肩、頸、背中、腰、股関節、膝、足、その他 _____)
 - ⑥その他 (_____)

- II. 病院や医院で処方されて服薬している薬はありますか。

はい、いいえ

処方されていると答えた方：今日は服薬しましたか。

はい いいえ

- III. 今日の血圧は (/ mmHg) です。
普段の血圧は (~ / ~ mmHg) 位です。

- IV. 今日の脈拍数は () です。 普段は () 位です。
脈の乱れがありますか。 ある ない

10. トレーニング中止の判定基準：今日の健康状態チェック

- I. 体の調子で、今日あるいは数日前から始まった悪いところがありますか。

風邪をひいている

熱、身体がだるい、のどが痛い、頭痛：中止

咳や痰（上記症状あるいは喘息を伴う、色の付いた痰が出る）：中止

腹をこわしている

下痢、腹痛、身体がだるい：中止

食欲がない（上記症状を伴う）：中止

胸痛（胸が締めつけられる）、動悸や息苦しさ、めまい：受診要

過労状態である、体調が悪い：中止

関節や筋肉が痛い（手、肘、肩、頸、背中、腰、股関節、膝、足、その他_____）

新たに生じた：中止

著しい痛み、痛みが悪化：受診要

関節の熱感・腫脹：受診要

腰痛・頸部痛（脊椎の前後屈で痛みが強くなる、痛みが上下肢へ放散する）：受診要

その他（_____）

適宜判断

※中止：中止して様子を見る

受診要：中止して受診を勧める。

ただし、いずれの症状も著しいか持続する場合は中止だけでなく受診を勧める。

II. 病院や医院で処方されて服薬している薬はありますか。

○はい、いいえ

処方されていると答えた方：今日は服薬しましたか。

はい ○いいえ：中止

III. 今日の血圧は（_____ / _____ mmHg）です。

普段の血圧は（_____ ~ _____ / _____ ~ _____ mmHg）位です。

180/100 mmHg 以上：中止（※2回測定し、低い血圧値を採用）

1 1. 最近の健康状態チェック

記入日：平成____年____月____日

氏名 _____ 男・女 生年月日____年____月____日____歳
(年齢は平成 ____年 ____月 ____日現在の満年齢)

以下の質問について、あてはまるものを○で囲んでください。
また、必要に応じて、() に内容を書いてください。

I. 最近、次のような気になる自覚症状はありますか。

- | | | |
|---|----|-----|
| ①運動すると、胸、または頸や肩などの痛みや不快感の発作が起こる | はい | いいえ |
| ②運動すると、めまいや失神がおこる | はい | いいえ |
| ③安静中や就寝中に胸、または頸や肩などの痛みや不快感の発作が起こる | はい | いいえ |
| ④安静中や軽い運動でも息切れがする | はい | いいえ |
| ⑤夜間に息が苦しくて寝てられないことがある | はい | いいえ |
| ⑥動悸がしたり、あるいは脈が速くなったり乱れたりする | はい | いいえ |
| ⑦歩いているうちに脚が痛くなり引きずることがある | はい | いいえ |
| ⑧関節や筋肉の痛みがある | はい | いいえ |
| 「はい」の場合、部位は(手、肘、肩、頸、背中、腰、股関節、膝、足、その他 _____) | | |
| ⑨異常な疲労感がある | はい | いいえ |
| ⑩その他(_____) | | |

II. 病院や医院で処方されている薬はありますか。

「はい」と答えた方：最近、処方に変更あるいは追加されましたか。 はい いいえ

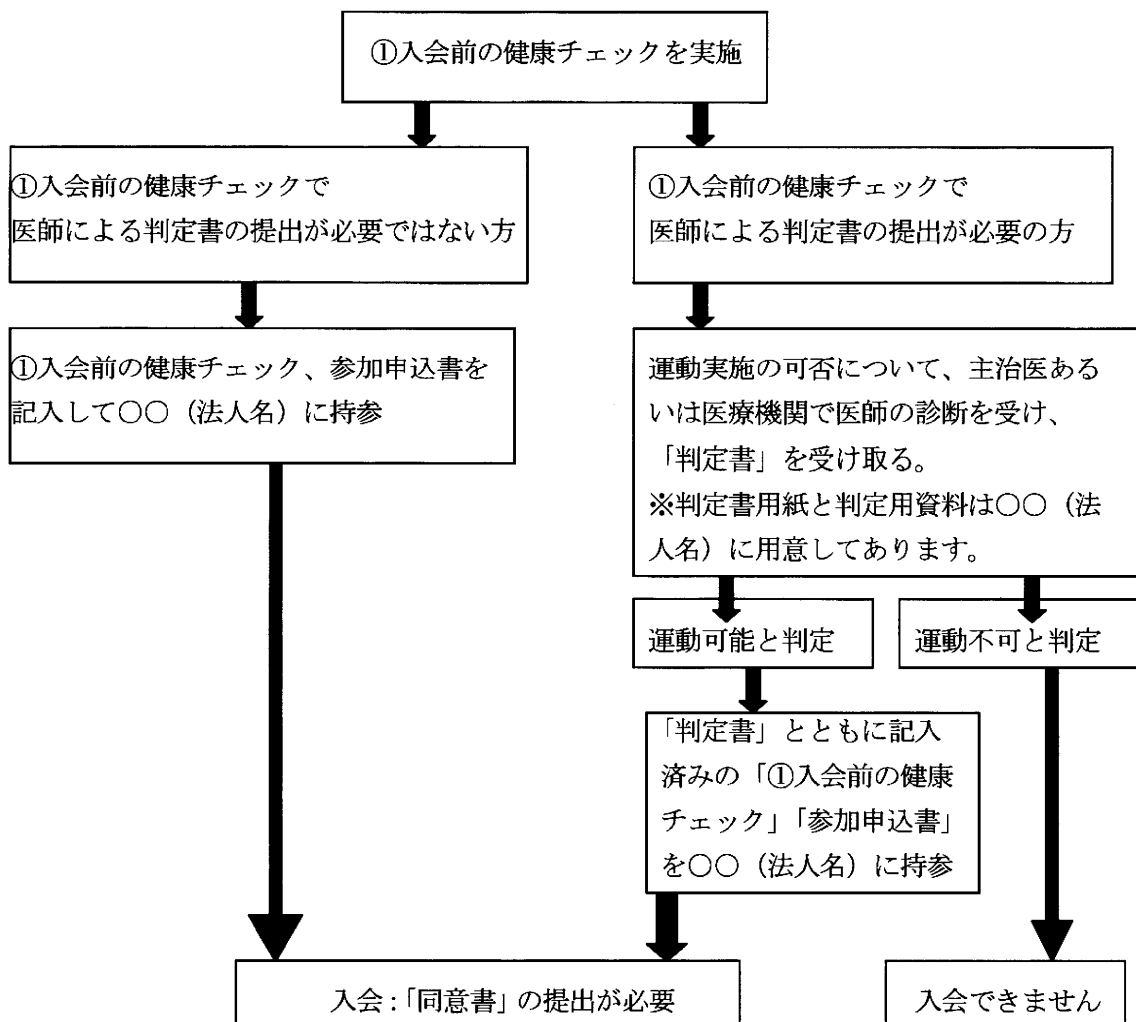
1 2. (民間用) 運動可否判定の流れ

「〇〇〇〇 (法人名)」では、中高齢者を対象に一人ひとりの健康情報データや生活習慣データを分析・評価の上、個人のライフスタイルにあった具体的な健康づくりプランを提供する「健康生活コーディネート事業」を千葉県の委託を受けモデル的に実施しています。

この事業では、主に自体重を利用した簡単な筋力トレーニングと固定式自転車を利用した有酸素運動を施設で週2日程度実施しますが、運動をより安全に行っていただくため、本事業に参加を希望される方には、参加前や参加中に健康チェックを行っていただきます。

健康チェックは下記の流れで行い、チェックの結果によっては、運動実施の可否について、主治医あるいは医療機関で医師の診断を受け、「運動可否判定書」(以下、「判定書」といいます。)を受け取ることとしています。

入会までの流れ



1 3 「①入会前の健康チェック」

以下に当てはまる項目があれば○をつけるか、記入をして下さい。

1. 現在、治療中の慢性疾患（服薬のない定期的診察を含む）がある。または、これまでに入院や慢性疾患で3ヶ月以上通院したこと（完治したとされた場合は除く）がある。

【病名】

心臓病、脳血管疾患、高血圧、高脂血症、糖尿病、骨・関節・筋疾患、
その他_____

2. 最近、以下の自覚症状がある。

- ①胸、または頸や肩などの発作的な痛みや不快を感じることもある。
- ②動悸がしたり、あるいは脈が速くなったり乱れたりすることがある。
- ③運動中にひどい息切れや胸苦しさを感じることもある。
- ④運動中にめまいを感じたり、気を失ったことがある。

3. 最近の検診や人間ドックで、受診が必要と指摘されたことがある（受診の結果、問題なしとされた場合は除く）。

【項目】

肥満、高血圧、高脂血症（高総コレステロール、高LDLコレステロール、高中性脂肪、
低HDLコレステロール）、高血糖、心電図異常、胸部レントゲン写真異常
その他_____

4. 年齢が70歳以上である。

5. 最近の検診や人間ドックで経過観察や生活習慣改善の必要があるとされたことがある。

【項目】

肥満、高血圧、脂質異常（高総コレステロール、高LDLコレステロール、高中性脂肪、
低HDLコレステロール）、高血糖、心電図異常、胸部レントゲン写真異常
その他_____

6. 両親や兄弟・姉妹に心臓の病気や急死をした方がいる。

（父・兄弟は55歳以前、母・姉妹は65歳以前に発病した場合）

7. 現在、喫煙しているか、禁煙後6か月以内である。

8. 最近、運動するときに関節や筋肉の痛みを感じる。痛みの部位：_____

1～3の項目で1つでも当てはまる項目がある方は、医師による運動実施の可否判定を受けてください。運動への参加には判定書の提出を必須とします。

- 4～8の項目で当てはまる項目がある方は、判定書の提出を必須とはしませんが、運動実施の可否について医師に判定を依頼されることを勧めます。特に70歳以上の方は僅かな異常でもあれば、医師に判定を依頼されることを勧めます。
- 全ての項目に該当しない方についても、運動実施に際してリスクが全くないと断定できるわけではありません。心配な方は医師に相談されることを勧めます。

1 4 「運動可否判定の必要性」について

【運動の効果】

運動は楽しいだけでなく、健康を増進し疾病を予防する効果も持っています。適度の運動を定期的に行うと、身体機能と精神機能を高めたり、加齢による低下を抑制することができ、活動的な生活を送ることが出来ます。

また、生活習慣病を予防する効果と悪化を防ぐ効果も得られます。

生活習慣病のうち、高血圧や高脂血症および糖尿病などの動脈硬化危険因子と動脈硬化が原因となる心血管疾患（脳卒中や心臓発作など）に対しては、運動が最も効果的であるとされています。

さらに、骨や関節および筋肉を強化すれば、転倒による骨折を予防することができ、また、骨そしょう症や関節痛を改善する効果もあります。

【運動のリスク】

ただし、運動には良いことばかりではなく、危険もあります。

過度あるいは高強度の運動は健康を害す可能性があります。とくに、体調不良者や生活習慣病あるいは骨・関節・筋肉疾患をすでに持っている人が運動を実施すると、疾病の発症や悪化につながることもあります。

可能性は極めて低いのですが、一見して健康な人でさえ、運動をすることによって心停止などの不幸な結果をまねくこともあります。

【提供する運動プログラムと入会前の運動の効果】

「〇〇〇〇教室」が提供する運動プログラムは、筋力トレーニングと有酸素運動から構成されています。

いずれも健常者あるいは軽度の危険因子を持つ人が運動する際に、専門家が推奨する適切な強度と時間および頻度で実施する内容ですが、運動をより安全に行うため、現在の健康状態についての「入会前の健康チェック」で医師による判定書の提出が必須となった方は、運動プログラム参加の可否および運動強度などの制限が必要か否かについて医師の診断を受け、医師によって運動可能と判定された方のみ運動に参加することができます。

なお、「入会前の健康チェック」で当てはまる項目がなくとも、運動の危険性が全くないと断定できるわけではありませんので、心配な方は、医師に相談されることを勧めます。

また、参加中に健康状態に変化が生じた場合にも、「定期的な健康チェック」「日々の体調チェック」にしたがって、運動の継続について医師による運動継続の可否判定を受け、判定書を提出してください。

【個人情報の取り扱い】

提出して頂いた判定書の内容などの個人データは、本会の運動プログラムによる健康増進・疾病予防事業運営の目的以外に利用または公表されることはなく、個人名が明らかにされることはありません。

【安全性の保証と責任】

健康チェックや医師による運動可否判定は判定時点のもので、将来の運動実施についての参考資料であって、安全性を保証するものではありません。

運動プログラム参加中の傷害や急性疾患、あるいは慢性疾患の悪化については自己責任で対処して頂きます。

-----キリトリ-----

同意書

本教室に参加するに当たり、万一の事故が発生した場合、自己の責任とし、判定医師や「〇〇〇〇（法人名）」に対しての責任を問うものでないことに同意する場合は、下記に署名をお願いいたします。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

Ⓜ _____