

【 疾患別チェックリスト 】

| 疾患名 | 内服薬 | 運動量の指示 | 確認事項 |
|----------------------------------|-----|--------|---|
| <input type="checkbox"/> 脳出血 | 無・有 | 無・有 | 発症年月 入院先 治療内容 保存・手術 後遺症 リハビリ施設 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | | | |
| その他の脳血管障害 (SAH TBIなど) | | | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | 無・有 | 無・有 | 血圧 / mmHg |
| <input type="checkbox"/> 狭心症 | 無・有 | 無・有 | 発作 無・有 発作時の携帯薬 無・有 疾患名 手術の既往 無・有 |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | | | |
| <input type="checkbox"/> 不整脈 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他心疾患 | | | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | 無・有 | 無・有 | インシュリン注射 無・有 低血糖発作 無・有 ブドウ糖の携帯 無・有 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 | 無・有 | 無・有 | 透析治療 無・有 (透析日) |
| <input type="checkbox"/> 膀胱・直腸障害 | 無・有 | 無・有 | 人工肛門 無・有 膀胱留置カテーテル 無・有 間欠導尿 無・有 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 | 無・有 | 無・有 | 喘息発作 無・有 発作時の対応方法 酸素ボンベの携帯 無・有 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 | 無・有 | 無・有 | |
| <input type="checkbox"/> てんかん | 無・有 | 無・有 | 発作 無・有 発作時の薬携帯 無・有 発作のタイプ 発作時の対応方法 |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患 | 無・有 | 無・有 | |
| <input type="checkbox"/> 整形外科疾患 | 無・有 | 無・有 | 人工関節 無・有 徒手装具 無・有 下肢装具 無・有 |
| <input type="checkbox"/> その他 | 無・有 | 無・有 | |

利用時に付き添いが必要ですか

はい

いいえ

* 「はい」にチェックをした方は、利用時に必ず付き添いが必要になります。