

楽しく笑顔でリハビリ教室 予備調査表

氏 名 _____

1. なぜ、この教室に参加しようと思われましたか？また、この教室に期待されることは何ですか。

2. この教室に参加していただくにあたっての目標をご記入ください。

3. パーキンソン病の診断を受けられた時期はいつ頃ですか。

_____ 年 _____ 月頃

4. パーキンソン病でかかっておられる病院および主治医を教えてください。

病院名 _____ 主治医名 _____

5. 現在使用されているパーキンソン病治療のための内服薬について教えてください。

6. パーキンソン病以外の病気がありますか。○をつけてください。

| | | | |
|-----------|-------|----------|-----------|
| 高血圧 | 脳血管障害 | 心臓病 | 高脂血症 |
| 糖尿病・高血糖 | 肥満 | 痛風・高尿酸血症 | 肝臓病・肝機能障害 |
| 腎臓病 | 喘息 | てんかん | 意識消失発作 |
| 膝痛・膝関節の病気 | 腰痛 | その他 () | |

7. 一日の中で、動きやすい時間帯、動きにくい時間帯はありますか。動きやすい時間帯には○を、動きにくい時間帯には×をつけてください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|-----|
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | (時) |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏面もご記入ください。)

8. 運動を行う上で、体に痛みや配慮しないといけないことはありませんか。

| |
|--|
| |
|--|

9. 趣味をお持ちですか。趣味活動がありましたらお書きください。

| |
|--|
| |
|--|

10. 普段の生活の中で、体操など自主的に取り組まれていることはありますか。

ある

ない

| 取り組み内容 | 時 間 | 頻 度 |
|--------|-----|---------|
| | 分 | 週に 回 |

11. 日常生活において、介助が必要なことはありますか。

ある (具体的に:)

ない

12. 普段の生活の中で、特に困っていることを教えてください。

| |
|--|
| |
|--|

13. 過去一年間において、転倒および骨折をされたことがありますか。

ある (回) なし

転倒時に骨折をされましたか。 はい (部位:) いいえ

14. 最近数ヶ月で生活環境や健康上 (病気・体重・食事など) の面で変化がありましたか。

| |
|--|
| |
|--|