

ご担当先生侍史

いつも大変お世話になります。

ご担当の患者さんから当施設フィットネスルーム利用の希望がありました。

安全な運動処方と事故防止のため、大変お手数ではありますが別紙「メディカルフィットネス申込書（利用者記入）」をご確認いただき、調査項目、運動の許諾および署名をご記入いただきますよう、お願い申し上げます。特に運動（有酸素運動、筋力トレーニング、ストレッチング）に際しての注意事項などありましたら、ご指導の程よろしく願いいたします。

下記にフィットネス申込みの対象者および手順を記載していますので、ご参照下さい。先生のますますのご発展を心からお祈り申し上げます。

松江市立病院 がんセンター フィットネス外来 医師 徳田佳生

記

当施設フィットネスルーム対象者は、がんに対して通院治療中か定期的な診療を受けている方で歩行および日常生活動作が自立している方です。

申込み手順：

（*がん治療の主治医が松江市立病院の場合は②③では下記注に従ってください）

- ① がん治療中の患者さんから「メディカルフィットネス申込書」（以下、申込書）と「運動許可書兼診療情報提供書」（以下、運動許可書）の提出がありましたら、誠にお手数ではありますが、申込書の記載内容をご確認の上、運動許可書にご記入いただき、当メディカルフィットネスでの運動（自由診療）の許諾をチェックしてご署名下さいますようお願いいたします。許可できない場合には患者さんへご説明下さい。
- ② フィットネス開始前に松江市立病院がんセンターフィットネス外来で診察（自由診療）がありますので、松江市立病院地域医療課へ受診予約をお願いいたします。（*）
- ③ 「申込書」と「運動許可書」を同封して患者さんに渡すか、松江市立病院がんセンターフィットネスルームへ郵送して下さい。運動許可書が診療情報提供書を兼ねております。（*）
- ④ フィットネス開始後3ヶ月を1クールでプログラムを実施します。開始の報告および連絡事項など適宜報告させていただきます。

***注）松江市立病院でがん治療担当の先生へ**

上記②および③は以下のように手続きをお願いします。

- ② 記入された「運動許可書」を「申込書」と一緒に松江市立病院がんセンターフィットネスルームへ提出して下さい。
- ③ リハ科で両書類を確認後、医事室予約担当から本人に連絡を取り、フィットネス外来受診（自由診療）の予約手続きを行います。

以上

運動許可書 兼 診療情報提供書

利用者氏名: _____ 様

(記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

がんについて		禁忌・注意事項
Q1	がんの病名 1(_____) 2(_____)	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり(以下に記載をお願いします)
Q2	手術 人工肛門 リンパ節廓清 1 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ 年 _____ 月 _____ 日) 2 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 鼠径 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
Q3	化学療法 ホルモン療法 放射線療法 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療後 <input type="checkbox"/> なし	
Q4	骨転移 部位 放射線治療 病的骨折対策 <input type="checkbox"/> 検索済みで明らかな転移なし <input type="checkbox"/> 検索済みで転移あり <input type="checkbox"/> 未検索だが骨転移の可能性は低い <input type="checkbox"/> 未検索で骨転移の可能性が高い (_____) <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____) <small>* (骨転移の未検索, 未治療または病的骨折対策なしの方は, フィットネスルームの利用をお断りする場合があります)</small>	
		フリーコメント(補足説明)
併存疾患について		
Q5	現在治療中の病名をご記入ください 1(_____) 2(_____) 3(_____) 4(_____) 5(_____) 6(_____)	
Q6	既往歴をご記入ください 1(_____) 2(_____) 3(_____) 4(_____) 5(_____) 6(_____)	
Q7	現在該当する項目があれば <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください <input type="checkbox"/> βブロッカー内服 <input type="checkbox"/> ペースメーカー植え込み <input type="checkbox"/> インスリン皮下注射 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬内服(_____) <input type="checkbox"/> CVポート留置(部位: _____)	
運動負荷試験禁忌事項について		
Q8	現在該当する項目があれば <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞, 不安定狭心症, <input type="checkbox"/> コントロール不良な心不全, 不整脈 <input type="checkbox"/> 重症大動脈弁狭窄症, <input type="checkbox"/> 急性肺血栓塞栓症, <input type="checkbox"/> 急性心筋炎・心膜炎 <input type="checkbox"/> 解離性大動脈瘤, <input type="checkbox"/> 急性全身感染症 <input type="checkbox"/> 左冠動脈主幹部狭窄, <input type="checkbox"/> 中等症狭窄性心弁膜症, <input type="checkbox"/> 低K血症・低Mg血症 <input type="checkbox"/> 重症安静時高血圧, <input type="checkbox"/> 頻脈性不整脈, <input type="checkbox"/> 徐脈性不整脈 <input type="checkbox"/> 肥大型心筋症およびその他の閉塞性流出路障害 <input type="checkbox"/> 運動により悪化する神経筋疾患, 筋骨格疾患, リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 高度房室ブロック, <input type="checkbox"/> 心室瘤, <input type="checkbox"/> 慢性感染症(HIVなど) <input type="checkbox"/> 治療不十分な糖尿病, 甲状腺中毒, 粘液水腫 <input type="checkbox"/> 運動実施が不可能な精神的・身体的障害
血液検査結果について		
Q9	3ヶ月以内の結果をご記入下さい	LDLコレステロール(_____)mg/dL, HDLコレステロール(_____)mg/dL 中性脂肪(_____)mg/dL, 空腹時血糖(_____)mg/dL, HbA1c(_____)%

メディカルフィットネスでの運動を主治医として許可されますか

許可する 許可できない その他(_____)

日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院・医院

科 医師(署名): _____