

眼底検査	1. 狭細 (－・＋・＋・判定不能) 2. 口径不同 (－・＋・＋・) 3. 反射 (－・＋a・＋b・銅線化・銀線化) 4. 交叉現象/走行変化 (－・＋・＋・) 5. 交叉現象/管径変化 (－・＋・＋・) 6. 交叉現象/隠伏 (－・＋・＋・)	7. 交叉現象/塞止 (－・＋・＋・) 8. 交叉現象/交叉部なし (判定不能) 9. 出血 (－・＋) 10. 白斑 (－・＋) 11. 乳頭浮腫 (－・＋) 99. その他 []
	判定	Kith-Wagener (0 · I · IIa · IIb · III · IV) 群 正常 · 軽度異常 · 異常 · 判定不能

●総合的指示事項	1. 循環器疾患 (血圧・脂質・心臓・脳卒中) 5. 貧血 6. 糖尿病 7. 肝疾患 8. 腎疾患 9. その他 []
●指導区分(医療必要度判定)	異常なし · 要指導 · 要医療

●介護予防のための生活機能評価 判定報告書	
1. 総合判定 ① 医療の必要性	
☐ 有 : 具体的内容 []	*介護予防サービスの利用の可否 ☐ 可 (可の場合、②を記載してください。) ☐ 否 (介護予防サービス等の利用より医療を優先する必要がある場合)
☐ 無 : ②を記載してください。	
②「生活機能の著しい低下」の有無	
☐ 有 : (介護予防サービスの利用が必要と判断される場合)	
☐ 無 : (いずれの項目にも生活機能の低下を認めないか、生活機能は比較的良好に保たれている場合)	
↓ ②で「有」の場合、2を記入してください。	
2. 介護予防サービス利用にあたっての留意事項等	
利用の際の医学的管理からの留意事項 (例:「運動機能向上」が考えられる場合、血圧測定、心電図検査、貧血検査等の結果より留意事項があれば記載してください)	
その他サービス利用にあたっての特記事項等 (例:一人暮らし、難聴等)	

健診実施日 医療機関名 TEL () 医師名	年 月 日	該当する番号に○をつけてください 1. 基本健康診査 + 生活機能評価 2. 生活機能評価のみ実施
----------------------------------	-------	---

眼底検査	1. 狭細 (－・＋・＋・判定不能) 2. 口径不同 (－・＋・＋・) 3. 反射 (－・＋a・＋b・銅線化・銀線化) 4. 交叉現象/走行変化 (－・＋・＋・) 5. 交叉現象/管径変化 (－・＋・＋・) 6. 交叉現象/隠伏 (－・＋・＋・)	7. 交叉現象/塞止 (－・＋・＋・) 8. 交叉現象/交叉部なし (判定不能) 9. 出血 (－・＋) 10. 白斑 (－・＋) 11. 乳頭浮腫 (－・＋) 12. その他 []
	判定	Kith-Wagener (0 · I · IIa · IIb · III · IV) 群 正常 · 軽度異常 · 異常 · 判定不能

総合的指示事項	1. 循環器疾患 (血圧・脂質・心臓・脳卒中) 2. 貧血 3. 糖尿病 4. 肝疾患 5. 腎疾患 6. その他 []
指導区分 (医療必要度判定)	異常なし · 要指導 · 要医療

介護予防のための生活機能評価判定報告書	
該当する項目に☑を記入してください	
1. 生活機能の低下の有無	
☐ 生活機能の低下あり 医学的観点からみた事業利用の適否 ☑ 介護予防事業の利用が望ましい ☑ 医学的な理由により次の介護予防事業の利用は不適当 病状悪化のおそれがある 治療上の支障がある等 ☑ 全て ☑ 栄養改善 ☑ その他 ()	☐ 生活機能の低下なし ☑ 運動器の機能向上 ☑ 口腔機能の向上 ※チェックされていないプログラムは利用が望ましいプログラムとなる
↓ 『生活機能の低下あり』の場合、2を記入してください。	
2. 介護予防サービス利用にあたっての留意事項等	
利用の際の医学的管理からの留意事項 (例:「運動機能向上」が考えられる場合、血圧測定、心電図検査、貧血検査等の結果より留意事項があれば記載してください)	
その他サービス利用にあたっての特記事項等 (例:一人暮らし、難聴等)	

健診実施日 医療機関名 TEL () 医師名	年 月 日	2010. 11. 5/30
----------------------------------	-------	----------------