

様へ

健康診査後の保健事業のご案内

こちらの面（表面）をお読みください。

このリーフレットをかかりつけ医に持参し、裏面を見てもらってください。

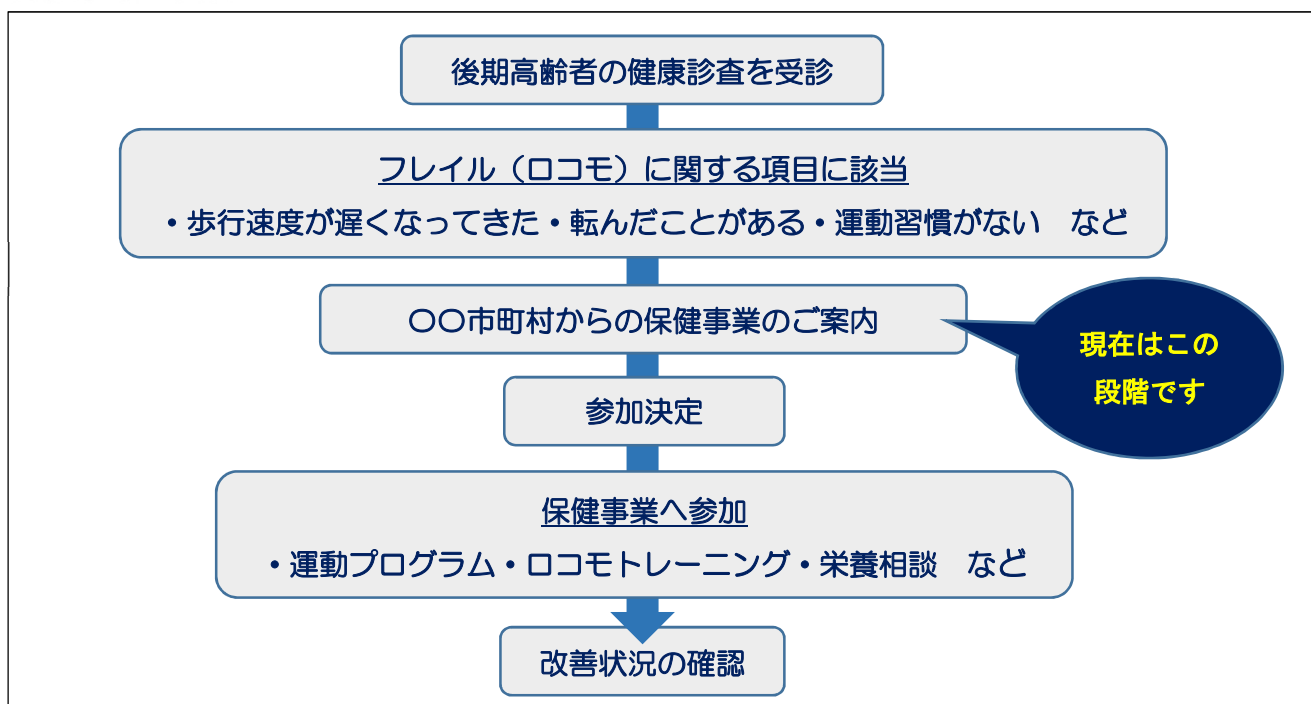
（〇〇市町村）では、後期高齢者の健康診査の結果、フレイルやロコモが心配される方へ医療専門職による運動や栄養の相談など、改善に向けたご支援をさせていただきます。

フレイルやロコモは回復可能であるのが最大の特徴です。いつまでも自分で元気に歩き続けるため、一緒に健康づくりに取り組みましょう。

ご注意

ご参加にあたって、かかりつけ医から運動制限の指導がされている方や、ご参加に対して不安がある方は、参加についてかかりつけ医とご相談ください。

1 保健事業の流れ



2 具体的なプログラムの内容（開始時期・期間・内容・支援者等）

【お問合せ先】

〇〇市町村〇〇課〇〇担当 担当：〇〇・〇〇

住所：

電話：●●●●-●●●●-●●●●●● ファックス：●●●●-●●●●-●●●●●●

この面をかかりつけ医の先生に見てもらいましょう。

かかりつけ医様

ご確認のお願い

先生には平素より地域の保健事業へのご協力を賜り誠にありがとうございます。

(〇〇市町村)におきましては、後期高齢者の健康の保持増進・健康寿命の延伸のため、健康診査から骨折・転倒の危険性が高い身体的フレイル者を把握し、必要な医療や、改善に向けた保健指導につなげる取組を行っております。

様におかれましては、後期高齢者の健康診査（質問票）の結果、フレイル（ロコモ）の心配があることから、(本市町村)の保健事業のご案内をさせていただいたところ です。

表面の「具体的なプログラム内容」等をご確認いただき、安全に実施するため、本保健事業を実施することが不適切と思われる場合、患者様にその旨をお伝えくださいますようお願い致します。

ご多用中、大変恐縮ではございますが、よろしくお願い致します。

(〇〇市町村)における フレイル（ロコモ）に関する保健事業への勧奨基準

後期高齢者の健康診査（質問票）において、次の項目のうち1～2項目が該当

- ・ 7「歩行速度」(以前に比べて歩行速度が遅くなってきた)
- ・ 8「転倒経験」(この1年間に転んだことがある)
- ・ 9「運動習慣」(ウォーキング等の運動を週に1回以上していない)

但し、筋骨格系・結合組織の疾患を治療中及び要介護2以上の方を除く

【お問合せ先】

担当：〇〇市町村〇〇課〇〇担当

担当者：〇〇・〇〇

住所：

電話：●●●-●●●-●●●●

F A X：●●●-●●●-●●●●