

介護予防事業利用申請書

年 月 日

柏崎市長 様

介護予防事業を利用したいので、申請します。

フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)
氏 名			
住 所	〒 ー 柏崎市		
連絡先	電話 (携帯)		
緊 急 連絡先	氏名 (カタカナ)	電話	

※緊急連絡先は、申請者の家族等をご記載ください。

1. 利用を希望する事業について、☑をご記入ください。

☐ パワーリハビリ (柏崎アクアパーク)
利用開始日 月 日 ()

☐ (月) ☐ (水) ☐ (木) ☐ (金)

☐ 11:00 ☐ 11:45 ☐ 12:30 ☐ 13:15

☐ パワーリハビリ (特養くじらなみ)
利用開始日 月 日 ()

☐ (月) ☐ (木)

☐ (月) ☐ (火) ☐ (木) ☐ (金)

☐ 午前 ☐ 午後 送迎: ☐ あり ☐ なし

☐ パワーリハビリ (コツコツ貯筋体操センター)
利用開始日 月 日 ()

☐ (月) ☐ (火) ☐ (木) ☐ (金)

☐ 10:00 ☐ 13:00 ☐ 15:00

☐ (水) ☐ (土)

☐ 11:00

☐ 西山町いきいき館「西山いきいき教室」
利用開始日 月 日 ()

☐ 訪問による個別指導 ☐ 口腔機能の向上 ☐ 栄養改善
利用開始日 月 日 ()

2. 個人情報の取り扱いについて、同意及び署名をお願いします。

事業の実施に当たり、必要があるときは、個人に関する記録・経過・評価内容について地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及びサービス提供事業者と連絡・共有することに同意します。

本人氏名 (自筆):

[裏面あり]

○あなたの健康状態について、当てはまるところに○をつけてください。

A 3ヶ月以内に1週間以上にわたる入院をしましたか。

はい いいえ

その理由は何ですか

Bへ

重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
糖尿病、呼吸器疾患などのため	
骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
その他（具体的にご記入ください）	

B あなたはかかりつけ医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか。

はい いいえ

その理由は何ですか

Cへ

重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
糖尿病、呼吸器疾患などのため	
骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
その他（具体的にご記入ください）	

C 以下の質問にお答えください。

	回答		備考・説明
6ヶ月以内に <u>心臓発作</u> または <u>脳卒中</u> を起しましたか	はい	いいえ	
重い <u>高血圧</u> （収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上）がありますか	はい	いいえ	
<u>糖尿病</u> で目が見えにくい、腎機能が低下している、低血糖発作などがあると指摘されていますか	はい	いいえ	
1年以内に <u>心電図</u> に異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
家事や買い物あるいは散歩などでひどく <u>息切れ</u> を感じますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの <u>痛み</u> が発生し、今も続いていますか	はい	いいえ	

* 太枠欄に該当した場合は開始前に主治医確認が必須、網かけ欄に該当した場合は必要に応じて確認すること