## 元気はつらつ教室 参加申込書

南相馬市筋力向上トレーニング事業

## 希望会場

□原町(ゆらっと) 第1・2・3・4(A・B)

記入年月日: 年 月 日							
ふりがな	男	生年月日:					
氏 名:	女	大正・昭和	年	月	日	(	歳)
住所(居住地):〒 -							
南相馬市							
		口住民票がで	†外にあ	る方(		市、町	、村)
電 話:0244	緊急	連絡先:氏名(			)続杯	į (	)
携帯:  ---	電	話:					
送迎の希望: 口有 口無(自家用車・家	族の説	送迎・徒歩・自転	車・その	他			
家族構成: 人暮らし(続柄:本人・	配偶	者・父母・子・子	の配偶	者・孫			
介護保険の認定: 認定はもってない・非認	を当・	要支援 1 • 要支援	2 • 要:	介護1以上	=		
かかりつけ医の許可: □得た □得てい	いない	( <u>※ 月</u>	日頃	確認予定		l主治医 <del>:</del>	無
※この参加申込書は、運動をするにあたり必要	な健康	<b>状態をご記入いただく</b>	ものです	•			
記載された情報は、本教室の目的以外に使用い	たしま	せんので、ご協力をお	3願いいた	:します。			
〇あなたの健康状態について伺います	0						
1. 現在、病院や医院等に通っています	か?						
□ いいえ							
ロはい							
① 病院名(		)	医師名			)	
② 病院名(		)	医師名			)	
③ 病院名(		)	医師名	(		)	
2. 現在、治療中の病気はありますか?							
□ない							
□ ある 【病名】高血圧、糖尿	。 表病、 <sup>·</sup>	高脂血症、不整脈、	狭心症	・、ペースク	<b>メー</b> カ・	<b>–</b> .	
脳卒中、胃炎、便和				•		•	
認知症、白内障、総	•		-		• • • •		
がん(部位:		). 難病(	A.7.1.37	C 7111 11771		,	)
その他(		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					)
3. かかりつけ医師から、日常生活上の	活動に	こついて、制限を受	けている	ますか?			

□ いいえ □ はい (例:入浴・階段・運動(散歩)など)

4	. <u>最近6ヶ月以内に</u> 、次0	のことがありましたか?					
	(1)心臓発作  [	□ ない □ ある					
	(2)脳卒中の発作 [	コ ない □ ある					
	(3)入院	□ ない					
	] [	□ ある ⇒ 【時期】(	)				
		【病院】(	)				
	(4)転倒	コ ない					
	L 1	コ ある ⇒ 屋内・屋外 / 骨	折:有 <b>•</b> 無				
5	. 現在、飲んでいる薬はる						
	ない あ <sub>-</sub>	る ⇒【薬の名称】 ※お薬手帳	のコピー可				
1		6	11				
2		7	12				
3		8	13				
4		9	14				
5		10	15				
L							
<ul> <li>6. 運動するにあたり、身体の状況について心配なことはありますか?         □ ない         □ <u>ある</u>         □ 体に麻痺がある(部位 )         □体に痛みがある(部位 )         □目が見にくい(右・左)         □耳が聞こえにくい(右・左)</li> </ul>							
		用する(外出時 ・ 家の中)	)				
7	. これまで運動教室に参加	加するなど、運動の経験はあります	か?				
	□ ない □ あ	<b>る</b> (	)				
<ul><li>8. 教室に参加するにあたり、ご自身の目標・希望(よくなりたいこと)をお書きください。</li><li>例:膝の痛みを楽にしたい! シャンシャンと歩きたい! ふらつきをよくしたい!等</li></ul>							
* 申し込み (代行) 受付事業所  □ 小高・鹿島・原町西・原町東 地域包括支援センター (担当者名: )  □ 長寿福祉課  □ その他 ( )							

2024.3月修正