

練馬区高齢者筋力向上トレーニング事業利用申請書

練馬区長 殿

下記のとおり、高齢者筋力向上トレーニング事業の利用を申請します。なお、つぎの点について同意をします。

- ①高齢者筋力向上トレーニング事業利用資格判定に必要な要介護認定有無の調査のため、私に関する区の介護保険情報を利用すること。
- ②この用紙に記載された個人情報と、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が申請に当たり作成する利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書および健康長寿チェックシート（基本チェックリスト）を、事業運営委託事業者に提供すること。また、事業の参加状況や評価結果などを事業運営委託事業者より、事業担当課、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所に報告すること。
- ③事業を効果的に利用していただくために、生活状況の変化や疾病状況の確認など、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所と連携を図ること。
- ④事業プログラムの実施に当たり、管理すべき疾患がある等必要に応じて医師の判断を求める場合があること。
- ⑤測定したデータをもとに、個人が特定できない形で事業効果を周知していくこと。

記入年月日 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|--|----------|-----------------|--------|---|
| ふりがな 申請者 | | 生年 月日 | ____年____月____日 | 年 齢 | 歳 |
| 住 所 | 〒 _____ 練馬区 | | 電話 番号 | | |
| 希望する 会場・期間 | 会場： 期間： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日 | | | | |

※裏面もあります

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所記入欄

| | | | |
|-------------|--|----------|--|
| 地域包括支援センター名 | | 担当 者名 | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | |

以下は、申込みをするに当たり必要な健康状況などを記入していただくものです。
 記入に当たっては該当する□にチェック(✓)を、下線部分は具体的に記入してください。

<安全に参加するための質問>

※疾患や症状によっては、トレーニングに参加できない場合があります。

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| ①この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ↳「はい」の場合、その理由としてあてはまるもの全ての□に○をつけてください | | |
| <input type="checkbox"/> | 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血） | |
| <input type="checkbox"/> | 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） | |
| <input type="checkbox"/> | 糖尿病、呼吸器疾患などのため | |
| <input type="checkbox"/> | 骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため | |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ） | |
| ②あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」 されていますか（運動あるいは入浴・散歩・階段昇降などの制限） | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ↳「はい」の場合、その理由としてあてはまるもの全ての□に○をつけてください | | |
| <input type="checkbox"/> | 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血） | |
| <input type="checkbox"/> | 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） | |
| <input type="checkbox"/> | 糖尿病、呼吸器疾患などのため | |
| <input type="checkbox"/> | 骨粗しょう症や骨折、関節症などによる痛みのため | |
| <input type="checkbox"/> | その他（ _____ ） | |
| ③この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④「重い高血圧」（上が180以上、下が110以上）がありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖 発作などがあると指摘されていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥この1年間で心電図に異常があるといわれましたか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続い ていますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

<会場までの交通手段などについて>

| | |
|--|--|
| ①実施会場までひとりで来られますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②実施会場までどのようにして来られますか | |
| <input type="checkbox"/> 徒歩または自転車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関（電車・バス・タクシー等） | |
| <input type="checkbox"/> 家族が送迎（自家用車） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |

※地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所記入欄

要医療管理 要安全管理 特になし

【注意事項等】