

大分市介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型サービスC・通所型サービスC) 利用申出書

大分市長 殿

私は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業(訪問型サービスC・通所型サービスC)を利用したいので、次のとおり申し出ます。

申出者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		電話番号	
	住所	大分市		
	生年月日	年 月 日 (歳)	介護保険 被保険者番号	
緊急 連絡先	住所	電話番号 () -		
	フリガナ		続柄	
	氏名			
かかりつけ 医療機関	電話番号 () -			
※以下、地域包括支援センター記載欄				
対象者区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
利用申請 の経緯	□1 本人又は家族からの相談 □2 民生委員からの情報提供 □3 地域住民からの情報提供 □4 医療機関からの情報提供 □5 地域包括支援センターからの紹介 □実態把握等の訪問から □介護予防教室等から □その他() □6 要支援・要介護からの移行 □7 以前利用したことがある □8 その他()			
担当包括 担当者	()地域包括支援センター 担当者名:			
委託時: 計画作成 事業所・担当者	計画作成事業所() 担当者名:			
利用する 事業者名	(訪問・通所) 事業者の受付済 <input type="checkbox"/>			
通いの場等 参加状況	有 () ・ 無			

の項目は、大分市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書と同時に提出する場合は、省略可能

継続申請 (利用申出書コピー、チェックリスト、継続時のケアプランを提出)

大分市パワーアップ教室に関する同意書

1. プログラム参加に係るチェックシート

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか（該当するほうに○）	はい	いいえ
◆「はい」の場合、その理由は何ですか（該当理由に☑） <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"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため <input type="checkbox"/> 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） <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（病名と治療状況： _____）			

B	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（該当するほうに○）	はい	いいえ
◆「はい」の場合、その理由は何ですか（該当理由に☑） <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"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため <input type="checkbox"/> 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） <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（理由： _____）			

C	以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、「わからない」の該当箇所に○）		
	1.この6カ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか	はい	いいえ
	2.重い高血圧（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
	3.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を指摘されていますか	はい	いいえ
	4.この1年以内に心電図に異常があるといわれましたか	はい	いいえ

* に○が付いている場合は医師の判断が必要（要診断書）

* に○が付いている場合は地域包括支援センターで再確認し、判断

2. 参加者の責任

教室参加にあたっては、次の注意事項を守ります。

- ①参加に関して心配なことがある場合は、必ず地域包括支援センター及び教室実施事業者へ 伝えます。
- ②睡眠不足、体調不良時は無理をしません。
- ③体調の悪いときはすぐに教室実施事業者に報告します。

※教室参加中は、怪我、めまい、不整脈、血圧の変化、まれに心不全、脳卒中など予測できない健康状態の変化が現れる場合もあります。疾患によるものや、従事者の指示に従わなかった場合等における万が一の事故が発生した場合は、参加者の自己責任とします。

3. 個人情報保護の取り扱い

教室に関する個人情報を、地域包括支援センターと教室実施事業者に提供することに同意します。

4. 目標達成に向けての取り組み

教室参加にあたって個人の自己実現に向けた目標を設定し、目標の達成に向けて、プログラムに参加するだけでなく、自らも自宅において実施できる内容に取り組みます。

私は、上記1～4の内容を理解した上で、自己責任のもと、大分市パワーアップ教室に参加することに同意します。

令和 年 月 日

本人署名欄