

(様式1)

「札幌市運動能力向上トレーニング事業」利用申込書

札幌市 北 老人福祉センター館長宛て

平成 19 年 04 月 01 日

フリガナ さっぽろ たろう
申込者氏名 札幌 太郎

(〒002-8023)

住所 札幌市北区篠路〇条〇丁目 3-6

通所を希望する施設長あてに提出してください。

枝番までお書きください。

「札幌市運動能力向上トレーニング事業」の利用を希望しますので申し込みます。

生年月日 (年齢)	昭和 5 年 3 月 6 日生れ (77 歳)
連絡先	電話番号 774-9876
緊急時の連絡先	電話番号 641-1234 (続柄 長男)
かかりつけ医療機関 及び主治医氏名	医療機関名 札幌しのろ3条内科医院 主治医氏名 篠路 英樹 電話番号 771-6789
担当する 地域包括 支援セン ター	センター名 北区第3地域包括支援センター
	職員名 田村 雅彦
利用を開始する希望月	平成 19 年 5 月から
通所を希望する施設名	札幌市北老人福祉センター
通所方法	公共交通機関

(個人情報に関する同意書)

運動を効果的に実施するために必要があるときには、運動実施計画・評価の内容や申請時の介護予防ケアプラン・主治医意見書・生活機能評価判定書・医師診断書の内容を、関係する地域包括支援センター、介護予防センター、他の介護予防事業実施機関、又はかかりつけ医師、札幌市身体障害者福祉センター(主管部局)及び関係する区役所保健福祉部へ提供することに同意いたします。

印刷後に、直筆で
署名ください。

本人氏名

(裏面も必ずお読みください)

裏面は、印刷及び提出の必要はありません。

申込む前に必ずお読みください

- ◎ 以下の症状のある方は、参加できません（申込みできません）。
- 1 最近6ヵ月以内に、心臓発作及び脳卒中発作（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）をおこしたことがある方。
 - 2 狭心症、心不全、重度の不整脈（脈の乱れ）のある方。
 - 3 慢性閉塞性肺疾患で息切れ、呼吸困難がある方。
 - 4 急性期肺炎、肝機能障害又はウイルス性肝炎の活動期である方。
 - 5 糖尿病があり、重篤な網膜症・腎症などを合併している方。
また、過去に低血糖発作を起こしたことがある方。
 - 6 収縮期血圧180mmHg以上、又は拡張期血圧110mmHg以上の方。
 - 7 急性期の整形外科的疼痛（痛み）及び神経症状がある方。
 - 8 脳血管性認知症やアルツハイマー型認知症がある方。
- ◎ 参加するときには、資料代などの実費がかかります。
- 第2回目（運動の初回の日）に、筋力強化用のための運動用具、記録ファイル、資料代などとして約1,000円（予定）を徴収させていただきます。