

吉田町通所型サービスC（短期集中予防サービス）参加申込書

年 月 日

フリガナ 氏名	満年齢	明治	年	男 ・ 女
	歳	大正	月	
		昭和	日生	
住所	〒 ー (電話)			
教室（送迎等）の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 本人以外（氏名 電話 ）			
緊急連絡先	（氏名） （本人との続柄）			
	（住所） （電話）			

あてはまるものにをつけてください。

1 参加を希望する教室

パワリハ教室 → 水曜日のみ 金曜日のみ 水曜日・金曜日両方

※週2回（水・金曜日）の利用は、通所型サービスC以外の通所型サービスの利用がない方に限ります。

運動器の機能向上教室 → 水曜日のみ 金曜日のみ 水曜日・金曜日両方

※週2回（水・金曜日）の利用は、通所型サービスC以外の通所型サービスの利用がない方に限ります。

口腔・栄養教室 → 町が把握する特定検診の情報（血液検査結果等）を講師に提供することに
同意する 同意しない

2 教室の参加に当たり自宅から会場までの送迎を希望しますか？

希望する

希望しない

3 かかりつけ医師・歯科医師はいらっしゃいますか？

いる 医院（診療所）名（ ）

歯科医院名（ ）

いない

【運動教室に参加希望の方のみ】

①かかりつけ医師に教室（リハビリテーション）についてお話をし、了解を得ましたか？（全員）

得た 得てない→教室参加までに、かかりつけ医師に了解を得てください。

②別紙の「運動プログラム参加に係るチェックシート」に回答してください。（全員）



《回答の結果》

3か月以内に1週間以上にわたる入院をされた方、かかりつけ医等から日常生活上の活動について制限をされている方、最近6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こした方、その他医師に確認が必要と思われる方は、**医師の診断書（診療情報提供書）**を提出してください。