

介護予防体操教室申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日生
氏名		一緒に申し込みされた方	※二回目以降参加の方は原則初めての方と一緒に申し込みください
住所	稲城市	電話番号	()
		緊急連絡先	氏名 () 続柄 ()

希望する会場	・ 福祉センター	・ NAS若葉台	○をつけてください
	・ 城山体験学習館	・ コナミスポーツクラブ稲城	
	・ コーシャハイム平尾	・ WA!ホグレルジム	

No	質問	回答・いずれかに○をつけてください		項目
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	生活
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	運動
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ	栄養
11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	
12	身長 cm / 体重 kg (大まかでもかまいません)			口腔
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	外出
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ	理解
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	はい	いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ	
20	今日が何月何日か分からない時がありますか	はい	いいえ	気分
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ	
22	(") これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ	
23	(") 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	はい	いいえ	
24	(") 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ	
25	(") わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ	

※ご記入いただいた情報は、介護予防体操教室を運営している事業者および地域包括支援センターに提供することを同意します。

署名