令和　年　月　日

介護予防事業利用申請書

八幡市長様

下記のとおり介護予防事業を利用したいので申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者（利用者）</td><td>ふりがな
氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">八幡市</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">大正・昭和　年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>自宅</td><td colspan="2">携帯</td></tr>
<tr><td rowspan="2">緊急連絡先</td><td>氏名</td><td></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>自宅</td><td colspan="2">携帯</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請事業</td><td colspan="3">今からはじめる筋トレ講座</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望会場</td><td colspan="3">市役所3階市民プラザ　・　グンゼスポーツ京都八幡</td></tr>
<tr><td colspan="2">情報提供</td><td colspan="3">事業参加にあたり、申請書の記載事項を実施事業者に情報提供することに同意します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

※裏面のアンケートもご記入ください。

問合せ　八幡市役所健康推進課

〒614-8501 八幡市八幡園内 75　　電話／983-1116

1. 普段の外出頻度はどれぐらいですか？	週　　回程度
2. 定期的な運動習慣がありますか？	はい・いいえ
→はいとお答えの方。どのような運動をされていますか？ （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）	
3. 運動中に気をつけなければならないことはありますか？	はい・いいえ
→はいとお答えの方。具体的な注意点をご記入ください。 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）	
4. 今までに大きな病気や怪我をされましたか？	はい・いいえ
→はいとお答えの方。具体的にご記入ください。また、それはいつ頃ですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）	
5. 定期的に通院していますか？	はい・いいえ
→はいとお答えの方。具体的にご記入ください。 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）	
6. 右記の疾患の服薬はありますか？	心疾患 不整脈 高血圧
7. 普段の血圧のおおよその値をご記入ください。	／　　mmHg
8. 膝・肩・腰・首の痛みはありますか？	はい・いいえ
→はいとお答えの方。具体的な痛みの部位はどこですか？ （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）	
9. 医師に禁止されていることがありますか？	はい・いいえ
→はいとお答えの方。具体的にご記入ください。 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）	

アンケートへのご協力ありがとうございました！