

令和 7 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。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
	住 所	八 幡 市		
	生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 年 月 日 (歳)		
	電 話 番 号	(自 宅)	(携 帯)	
緊急連 絡 先	氏 名		続 柄	
	電 話 番 号	(自 宅)	(携 帯)	
申 請 事 業	脳にいいトレ			
会 場	生涯学習センター			
情 報 提 供	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			

※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 FAX / 972-2520

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. 右記の疾患の服薬はありますか？	心疾患 不整脈 高血圧
5. 普段の血圧のおおよその値をご記入ください。 / mmHg	
6. 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？ ()	
7. 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！