仙台市　健康づくり応援事業

仙台市健康福祉局　地域包括ケア推進課　宛

こちら側をお送りください。

リハビリテーション専門職の派遣申込書

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | | |
| 活動場所  （住　所） | 施設名 | | | |
| 仙台市　　　　　区 | | | |
| 団体の  活動頻度 | 年　　　　　　　　　　回　程度 | | | 平均参加人数  　　　　　　　人 |
| 普段の  活動内容 | 当てはまるものに○をつけてください（複数可）  茶話会　・　食事会　・　趣味活動　・　運動　・　その他　（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 新型コロナの  影響 | 変わらず活動している　・　中止したが再開した　・　再開予定である（　　　月頃） | | | |
| 依頼内容  優先したい内容を  **２つまで**  選んでください。 | （　　）健康づくりについての話が聞きたい。　→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （　　）団体の普段の活動として運動を取り入れてみたい。  （　　）普段取り組んでいる内容を確認してほしい。  （　　）お口の健康を保つ方法を知りたい。  （　　）私たちに合った運動方法を知りたい。  （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他ご要望や、相談のきっかけ等 | | | |
| 派遣希望日  ※申込日から  **１か月以上**先 | ＜第１希望＞　　　月　　 日（　　） 　　 ：　　　～　　　： | | | |
| ＜第２希望＞　　　月　　 日（　　） 　　 ：　　　～　　　： | | | |
| ＜第３希望＞　　　月　　 日（　　） 　　 ：　　　～　　　： | | | |
| 該当すれば☑ | □　介護予防自主グループです。  □　今までにこの事業で派遣してもらったことがあります。 | | | |
| 担当者の  連絡先  結果郵送の際に  使用いたします。 | 担当者氏名 | 様 | 電話番号 | |
| 担当者  ご住所 | 〒　　　　－  仙台市　　　　　　区 | | |

【わかればご記入ください】　担当：　　　　　地域包括支援センター　担当者：

※担当者記入欄

［裏面の記入もお願いいたします。］

団体代表者の方へ

こちら側も記入してお送りください。

健康づくり応援事業にお申し込みいただき、ありがとうございます。

参考とさせていただくため、事前のアンケートへのご協力をお願いいたします。

（１） この事業を、どのように知りましたか（当てはまるものいくつでも○）。

|  |  |
| --- | --- |
| １．地域包括支援センターからの案内 | ２．友人・家族・知人からの紹介 |
| ３．民生委員からの案内 | ４．老人クラブ、町内会からの案内 |
| ５．地区社協からの案内 | ６．市民センター等にあったチラシ |
| ７．市政だより | ８．その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |

（２）あなたの気持ちについて、あてはまるものに○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | とても  高い | やや  高い | ふつう | やや  低い | とても  低い |
| ①健康づくりへの関心 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| ②リハビリテーション専門職の  訪問への期待度 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| ③活動継続への意欲 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |

（３）団体の参加者の様子について、あてはまるものに○をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | とても  高い | やや  高い | ふつう | やや  低い | とても  低い |
| ①健康づくりへの関心 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| ②リハビリテーション専門職の  訪問への期待度 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| ③活動継続への意欲 | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |

(４)リハビリテーション専門職に相談したいことがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。