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。