

平成 年 月 日

北九州市長様

申 込 書

北九州市が実施する「介護予防・生活支援サービス事業（短期集中予防型）」を利用したいので、下記の確認事項を了解した上で、以下のとおり申し込みます。

- 1 フリガナ 氏名 _____ (印) 男・女 (歳)
- 2 住 所 _____
〒 _____
_____ 区
- 3 電話番号〔自宅： _____ 〕〔携帯： _____ 〕
- 4 緊急連絡先〔氏名： _____ 〕〔続柄： _____ 〕〔電話： _____ 〕

下記の項目をご確認の上、□にチェックをしてください。

- 「介護予防・生活支援サービス事業（短期集中予防型）」の趣旨を了承し、スタッフの指示に従って利用します。
- ケガや事故が発生しないよう留意するとともに、自己の過失により生じたケガや事故については、自己の責任で処理します。
- サービス利用中、体調が悪くなりましたら、直ちに中止します。
- 市及び介護予防ケアマネジメントの一部を委託する北九州市福祉事業団職員（以下、「市等」という）が、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会における判定結果・意見及び主治医意見書を確認することに同意します。
- 市等が主治医及び他の保健・医療サービスや福祉サービスに、申込者の状況等について連絡する等連携することに同意します。
- 利用にあたっては、規定の利用者負担金を支払います。

平成 年 月 日

氏名（自筆サイン）

以下の条件にひとつでもあてはまる場合は、お申し出ください。
ご相談の上、場合によっては、病状等により参加をお断りする
ことがあります。

- ① 最近6ヶ月以内に心臓発作、脳卒中を起こした。
- ② 急性の肝機能障害、慢性のウイルス性肝炎の活動期である。
- ③ 糖尿病があり、
 - ・過去に低血糖発作を起したことがある。
 - ・空腹時血糖 200mg/dl 以上である。
 - ・糖尿病でHbA1cの値が8.4以上である。
 - ・網膜症、腎症などを合併している。
- ④ 血圧値が収縮期血圧180mmHg以上、または、拡張期血圧110mmHg以上である。
- ⑤ 脳血管疾患やアルツハイマー病などで認知症がある。
- ⑥ 何らかの心臓病（狭心症・心不全・重症不整脈）がある。
- ⑦ 急性期の整形外科的疼痛、および、神経症状がある。
- ⑧ 骨粗しょう症で、かつ、圧迫骨折の既往がある。
- ⑨ 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫など）で息切れ・呼吸困難がある。
- ⑩ その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある。
- ⑪ その他、医師が運動の禁止や制限が必要と判断している。

個人情報の利用について

- (1) 個人情報保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適正に取り扱います。
- (2) 個人情報の適切な管理に必要な措置を講じます。
- (3) 個人情報を取得する場合は、支援に必要な範囲内で適法かつ公正な手段で取得します。