

「7月期生」 介護予防トレーニングセンターのご利用について

「介護予防トレーニングセンター」は、健康づくりと介護予防を目的とした千葉県の施設です。

ご利用対象者は、千葉県在住の40歳以上の方、もしくは現在介護をしている方となります。
ご利用希望の方は、「利用申込書」および「参加質問票」に必要事項を記入し、

提出してください。

抽選結果にてご利用が確定された際には、医師判定を予定しておりますので、詳しくは別紙をご確認ください。

【申込書受付期間】

2024年3月13日（水）～2024年4月3日（水）

※申込書を郵送で提出される場合、4月3日（水）必着です。

・切手代は自己負担となります。

【配布・提出先】 **休館日：月曜日**

5階 介護予防トレーニングセンター 受付

【抽選結果の通知】 2024年4月12日頃（封書で通知）

※4月19日（金）までに通知が届かない場合には、お電話をお願い致します。

Tel 04-7165-2885

【ご利用 お手続の流れ】

1. 申込書類の提出（申込書・質問票）
↓
2. 当選通知（封書にて4月12日頃到着予定）
↓
3. 説明会（4月下旬予定） ※医師判定・コースについては別紙参照
↓
4. 医師判定（医師との面談）
↓
5. 利用者登録、利用開始（2024年7月スタート）

新規・再利用

介護予防トレーニングセンター利用申込書

	申込日	20	年	月	日
申込区分	※□にレ点を付けてください □初めて利用する □利用したことがある				
フリガナ		性別	生年月日		
お名前			大正 昭和	年	月 日 歳
現住所	〒 ー				
電話番号	()				
携帯番号	()				
緊急連絡先	お名前		申込者との関係		
	ご住所				
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
誓 約 書					
私は、介護予防トレーニングセンターの利用上の注意事項を守り、トレーニング参加における責任を負うことを誓約いたします。					
20 年 月 日					
署名					

裏面へ続く

【ご注意】

別紙の質問票は、運動時の事故を未然に防ぎ、健康づくりと介護予防のための効果的な運動を行っていただくため、医師が運動の可否やトレーニングを実施する際の制限などを判定する資料とします。

トレーニングの利用にあたり、万一の事故が発生した場合、自己の責任とし、判定医師に対しての責任を問うものではありません。

また、申込書、質問票、健康診断結果表などの個人情報、千葉県条例に基づき適正に処理し、本事業の目的以外に利用、または公表されることはありません。

トレーニング参加質問票

記入日 20 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女) (大正・昭和) 年 月 日 歳

現在の病気や身体状況(一部は過去も含む)についてお聞きします。

当てはまるものに○をつけて、必要なところに記入してください。

1	喫煙	なし	あり(本/1日)
2	血縁者に心臓病や脳卒中・糖尿病・高血圧症・高脂血症になった人がいますか。	いいえ	はい(誰が (病名) わからない
3	高血圧	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
4	糖尿病(境界型を含む)	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
5	脂質代謝異常(高脂血症)	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
6	不整脈	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
7	心疾患(狭心症、心筋梗塞、心房細動など)	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない 過去にあり(病名)
8	脳血管障害(脳梗塞、脳出血、動脈硬化など)	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない 過去にあり(病名)
9	貧血	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
10	気管支喘息	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
11	骨粗しょう症	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
12	変形性関節症	なし	あり→(投薬 あり・なし) わからない
13	心臓・脳・呼吸器・血管系・整形疾患で手術を受けたことがありますか。	いいえ	はい(いつごろ/どんな手術)
14	上記以外の疾患	なし	あり→(病名)
15	3から14の疾患で内服している方は薬品名を記入してください。		薬品名
16	かかりつけ医はいますか。 トレーニングについて相談しましたか。	いいえ いいえ	はい(病院名) はい
17	骨・関節・筋肉に痛みがありますか。	なし	あり(どこが)
18	胸の痛みや不快感、どうき息切れ、脈の乱れを感じることがありますか。	なし	あり
19	めまいや気を失ったりすることがありますか。	なし	あり
20	不眠、不安、強いストレスがありますか。	なし	あり
21	運動する習慣はありますか。	なし	あり
22	(心臓)ペースメーカーを使用していますか。	いいえ	はい
23	透析治療を受けていますか。	いいえ	はい
24	介護保険の要介護認定を受けていますか。	いいえ	はい (要支援 1, 2 要介護 1, 2)
25	障害者手帳をお持ちですか。	いいえ	はい (級)

裏面へ続く

医師判定について

当選通知を受けたお客様は、7月からのトレーニング開始までに医師判定（医師との面談）を予定しております。

医師判定を受けなければ、施設のご利用はできません。

1. 医師判定の日時、開催場所

実施予定日
5月から6月の土曜日で実施予定

2. 医師判定に必要な書類

～あらかじめご準備ください～

・検査結果は、返却いたしかねますので、必ずコピーをご持参ください。

①運動可否判定依頼書（抽選結果の封筒にお入れしています）

②1年以内の人間ドック結果又は健康診断結果のコピー

※血液検査項目（血糖・脂質・貧血・肝機能・腎機能）

※心電図検査結果（出来れば心電図波形）

☆必要書類がない場合には、医師判定が受けられません。

☆医師判定の結果、健康上問題等があると思われる場合は利用をご遠慮いただくことがあります。

裏面へ続く

利用対象者

- ・ 当施設は、介護施設ではありません。
- ・ 当施設をご利用できるのは、要介護2程度までとなります。
- ・ 運動開始の目安 血圧「160/95mmHg未満」、心拍数「40拍以上100拍未満」
- ・ マシンの設定や有酸素運動の強度はトレーナーと話し合っ決定を致します。

利用について

休館日：月曜日（月曜日が祝日の場合は火曜日休館）

営業時間：9時～21時30分（日曜日は19時閉館）

1. コースについて

① フリーコース

- ・5階トレーニングルームでの「マシントレーニング」とグループレッスン形式の「特別レッスン」(事前予約制)を実施しております。

※現在フローミルと低温サウナの利用を中止しています。

利用料金：1回「2時間利用」一般/40歳～64歳：300円 シニア/65歳以上：220円

② ビギナーズ教室

- ・運動に慣れていない方におすすめです。

参加費：1回300円(シニアの方も300円となります。)

② オレンジ教室

- ・運動と栄養の講義がある教室です。

参加費：1回300円(シニアの方も300円となります。)

教室開催日はフリー利用はできません。

③ のびのび教室

- ・医師判定時に、医師・理学療法士と相談の上、参加ができます。

2. コースの決定

医師判定日にコースを決定します。
ご希望のコースを当日お伝えください。

☆問い合わせ先☆

千葉県福祉ふれあいプラザ
介護予防トレーニングセンター

TEL 04(7165)2885

9時～21時(月曜日休館)

裏面へ続く