専門職の派遣申込書

仙台市健康福祉局　地域包括ケア推進課　宛

こちらをお送りください。

こちら側をお送りください。

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 派遣場所（住　所） | 施設名 |
| 仙台市　　　　　区 |
| 活動頻度 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（普段活動していない場合）年　　　　　　　　　　回　　・　　　　 回目 | 参加予定人数　　　　　　　　　　　　　　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）。普段活動していない場合は、未記入で構いません。茶話会　・　食事会　・　趣味活動　・　運動　・　その他　（　　　　　　　　　　　　） |
| 　該当すれば☑ | □　介護予防自主グループです。□　今までに【リハビリ・栄養】の専門職を派遣してもらったことがあります。 |
| 申込代表者の連絡先 | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 | 電話番号 |
| 派遣を希望する専門職☑してください | 健康づくり応援事業 | シニア世代向け介護予防栄養講座 |
| □　リハビリテーションの専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士から1名） | □　栄養の専門職(管理栄養士) |
| 依頼内容優先したい内容を**それぞれ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。 | ＜栄養講話＞（　　）フレイル予防の食事について聞きたい。　（　　）簡単に作れるバランスの良い食事を知りたい。＜調理実習＞（　　）フレイル予防ための料理を作りたい。（　　）簡単に作れる栄養バランスの良い料理を実習したい。 |
| その他ご要望や、相談のきっかけ等 | 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**２か月以上**先 | ＜第１希望＞　　　月　　 日（　　） 　　 ：　　　～　　　：　　　 | ＜第１希望＞　　　月　　 日（　　） 　　 ：　　　～　　　：　　　 |
| ＜第２希望＞　　　月　　 日（　　）  　　 ：　　　～　　　：　　　 | ＜第２希望＞　　　月　　 日（　　）  　　 ：　　　～　　　：　　　 |
| **※　各専門職を同日に派遣することはできません** |

【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。］

申込代表者の方へ

こちら側も記入してお送りください。

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)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。