

地域リハビリテーション活動支援事業 利用確認票

団体名 ()

確認者 ()

確認日 令和 年 月 日

事業を安全に実施するために、利用に関する確認のご協力をお願いします。

①活動団体について

| | | |
|-----|--|---|
| i | 参加者の年齢構成は？ (おおよその人数 or 割合) | ・60代 (人 or 約 割) ・70代 (人 or 約 割) ・80代 (人 or 約 割) ・その他() |
| ii | 普段はどのような活動をしていますか？ あてはまるものにチェックしてください。 | <input type="checkbox"/> 簡単な運動(体操・ストレッチなど) <input type="checkbox"/> やや運動量のある動きを伴う運動(エアロビなど) <input type="checkbox"/> 歌、カラオケ <input type="checkbox"/> 茶話会などのおしゃべり <input type="checkbox"/> 手芸や数独、工作などの活動 |
| iii | 普段の活動では体操などの運動を行っていますか？ あてはまるものにチェックしてください。 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎回行っている <input type="checkbox"/> たまに行っている <input type="checkbox"/> まったく行っていない |
| iv | その他 (療法士からの指導等に関し、気を付けることなどがあればご記入ください。) | |

②活動場所について

| | | |
|-----|-----------------|--|
| i | 会場の広さはどれくらいですか？ | (約 m × 約 m) |
| ii | 床はどのような状態ですか？ | <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> 絨毯・カーペット <input type="checkbox"/> その他 () |
| iii | 椅子はありますか？ | <input type="checkbox"/> ある (約 脚) <input type="checkbox"/> ない |

③利用申請にあたりご確認ください。

| | | |
|------------|--|---|
| <p>i</p> | <p><派遣費用について> 療法士の派遣費用は市が負担します。 ただし、派遣当日、当該条件を満たさない場合は活動団体が療法士の派遣にかかる費用を負担します。(1時間あたり4,500円)</p> | <p><input type="checkbox"/>確認しました</p> |
| <p>ii</p> | <p><活動での事故について> 活動に関しては十分安全を期しますが、その環境・状況、参加者の体調等により事故等起こる可能性もあります。 派遣事業で起こった参加者の怪我や会場の物損事故に関しては、当事者間で事実関係を明らかにし、また解決に向けて両者が可能な限り状況確認に対し協力することとします。</p> | <p><input type="checkbox"/>確認しました</p> <p>参考)保険加入状況</p> <p><input type="checkbox"/>団体で民間の損害保険に加入します。</p> <p><input type="checkbox"/>損害保険に加入していません。</p> |
| <p>iii</p> | <p><個人情報について> ※体力測定のみ 体力測定の測定結果は、運動指導の内容や参加者の身体状況の確認に必要な情報となります。同意が得られた参加者の測定結果については刈谷市長寿課において保管するとともに、派遣者に情報提供します。また、必要な範囲内で刈谷市の介護予防事業に活用します。 ※受付時に参加者に確認します。</p> | <p><input type="checkbox"/>確認しました</p> |

<活動場所・見取り図> ※長寿課職員が記入します