

# 筋カスマイルクラブ参加者募集

筋カスマイルクラブは、介護予防を目的として、トレーニング機器等を使用した運動や認知症予防運動等を行う事業です。

## 1. 募集要項

※年齢基準日：令和9年3月31日

クラブ名	実施内容	備考
対象者	65歳以上で第1号被保険者の資格を有する方 (生年月日が昭和37年4月1日以前の方)	・村に住所を有していること ・トレーニング機器の運動が可能なる方
実施時間	① 9:00~10:00 (15~20人)	①~④の内、いずれか1回の利用となります。 (ただし、時間は希望通りにいかない場合があります)
	② 10:45~11:45 (15~20人)	
	③ 13:30~14:30 (15~20人)【注意】送迎なし	
	④ 15:15~16:15 (15~20人)	
実施曜日	毎週火曜日	
実施期間	令和8年5月12日 ~ 令和9年3月16日	
申請期間	4月21日(火)まで (申請先：保健福祉課)	
実施場所	中島村健康づくり交流センター 輝らフィット	

## 2. 申請書について

右の申請書を切り取って申請してください。申請者1名につき申請書1枚とします。複数参加の場合は役場で記入できます。

### ★健康状態の記入欄

- 1 病 気 歴…記載されている病気に該当する場合はその箇所に○を付ける。ここに記載されていない病気についてはその他の欄に病名を記入。【例：糖尿病、高脂血症】
- 2 手 術 歴…手術歴がある方は傷病名を記入。
- 3 パ-メーカー、ICD(埋め込み型除細動器)等の装着…該当箇所に○を付ける。
- 4 現 病 歴…現在治療中の病気に該当する場合はその箇所に○を付ける。
- 5 内 服 薬…現在治療中の場合、内服薬の有無と薬剤名を記入。【例：〇〇〇錠(高血圧薬)】
- 6 かかりつけ医…通院中の病院等がある場合は、病院名を記入。
- 7 日常生活制限の指示…かかりつけ医から日常生活に制限の指示がある場合はその内容を記入。
- 8 最近6か月以内の病気発作等…申込日以前の過去6か月以内に記載されている病気発作の有無、入院の欄にはその入院の原因となった病名とその期間を記入。
- 9 目 的…何を目的にして参加するかその箇所に○を付ける。

※注意 健康状態によっては利用をお断りする場合があります。また、医師の診断書等が必要な場合があります。

### ★送迎欄

事業に参加するにあたって交通手段がない方については送迎を行います。送迎の要・不要を記載してください。(デマンドバス利用となり、料金は村で負担します。少し早めの出発となります。)

重要事項(必ずお読みになり、ご理解された上でお申込みください。)

- 感染予防対策のため、1回当たりの実施人数は20人を上限としました。申込者が実施人数を超えた場合、健康状態等で優先順位をつけるため、お断りする可能性がありますのでご了承ください。(なお、すでに輝らフィットの会員で一般利用されている方のお申し込みはお断りいたします。)
- 事前連絡がなく1か月間利用がなかった場合、登録を抹消させていただきますのでご注意ください。

問い合わせ：保健福祉課 TEL 52-2174

【令和8年度】

# 筋力スマイルクラブ利用申請書

※申込締切4/21まで

中島村長 様

中島村が実施する当該事業に参加したいので、下記のとおり申し込みをします。当該事業が円滑に進むように協力し、利用に伴う万一の事故やケガについては原則自己責任であることに同意します。

令和 年 月 日

記

フリガナ			
氏名			
電話番号		性別	男・女
住所	中島村大字 字		
生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳) ※申込日の年齢を記入		
健康状態	1 病気歴 無・有 【病名】 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	2 手術歴 無・有 (傷病名 部位 )		
	3 ペースメーカー、ICD (埋め込み型除細動器)等の装着 無・有		
	4 現病歴 無・有 【病名】 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	5 内服薬 無・有 (薬剤名: )		
	6 かかりつけ医 無・有 (病院名 )		
	7 日常生活制限の指示 無・有 ( )		
	8 最近6か月以内の病気発作等 無・有【病名】 <input type="checkbox"/> 心臓発作 <input type="checkbox"/> 脳卒中発作 <input type="checkbox"/> 入院 無・有 ( )		
	9 目的 <input type="checkbox"/> 体力作り <input type="checkbox"/> 運動不足解消 <input type="checkbox"/> 筋肉をつけたい <input type="checkbox"/> 体重を減らす <input type="checkbox"/> 肩こり・腰痛等改善 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
送迎	不 要 ・ 要 【送迎場所: 自宅・その他_____】		
希望時間	希望するところに○をつけてください。希望が複数ある場合には、第1希望は①、第2希望は②と記入してください。 ( ) 9:00~10:00 ( ) 10:45~11:45 ( ) 13:30~14:30 【注意】送迎なし ( ) 15:15~16:15 ( ) いつでも可能 希望時間に人数が集中した場合は、保健福祉課で調整しますのでご了承ください。		

※申請書の記入について:申請者1名につき申請書1枚とします。(裏面にも申請書あり)

※感染予防対策のため、1回当たりの実施人数は20人を上限としました。申込者が実施人数を超えた場合、健康状態等で優先順位をつけるため、お断りする可能性がありますのでご了承ください。(なお、すでに輝らフィットの会員で一般利用されている方のお申し込みはお断りいたします。)

※事前連絡がなく1か月間利用がなかった場合、登録を抹消させていただきますのでご注意ください。