

短期集中予防サービス事業 利用者記録表

本事業は、早期にリハビリテーション専門職が短期間集中的なサービスを提供することで、**参加者であるあなた自身**が、介護予防についての意識や日常生活の活動性を高め、サービス利用終了後もセルフマネジメントしながら、**日々の生活や社会活動を営めるようになること**を目的としています。

そのため、**あなた自身が考え・行動して主体的に参加することが重要**です。リハビリテーション専門職は、あなたをサポートする伴走者の役目を果たしていきます。

3 か月間、一緒に取り組み、あなた自身が元気になって健康を取り戻しましょう！

サービスの利用に際し、以下の質問にお答えください。（書ける範囲でお答えください）

質問 1

1 日の生活について、以前（コロナ前）と現在の状況を教えて下さい。

	コロナ前	現在
起床時間	：	：
食事時間 ※とっていない場合は未記入	朝 　　： 昼 　　： 夕 　　：	朝 　　： 昼 　　： 夕 　　：
歯磨き・洗顔等身だしなみを整える時間 ※ない場合は未記入	朝 　　： 昼 　　： 夕 　　：	朝 　　： 昼 　　： 夕 　　：
午前中の過ごし方 例) テレビ鑑賞、家事		
午後の過ごし方 例) 散歩、昼寝		
入浴時間と頻度	週 回 　　： 　　時頃	週 回 　　： 　　時頃
就寝時間までの過ごし方		
就寝時間	：	：

質問2

普段心がけていること、これから取り組みたいことについて、当てはまるもの全てに してください。

現在心がけていること	これから取り組みたいこと
<input type="checkbox"/> 休養や睡眠を十分とる <input type="checkbox"/> 栄養のバランスのとれた食事をする <input type="checkbox"/> 健康診断を定期的に受ける <input type="checkbox"/> お酒やたばこを控える <input type="checkbox"/> 散歩やスポーツをする <input type="checkbox"/> 地域の活動に参加する <input type="checkbox"/> 気持ちをなるべく明るく持つ <input type="checkbox"/> 趣味をもつ <input type="checkbox"/> 医療・健康に関する知識をもつ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特に心がけていることはない	<input type="checkbox"/> 休養や睡眠を十分とる <input type="checkbox"/> 栄養のバランスのとれた食事をする <input type="checkbox"/> 健康診断を定期的に受ける <input type="checkbox"/> お酒やたばこを控える <input type="checkbox"/> 散歩やスポーツをする <input type="checkbox"/> 地域の活動に参加する <input type="checkbox"/> 気持ちをなるべく明るく持つ <input type="checkbox"/> 趣味をもつ <input type="checkbox"/> 医療・健康に関する知識をもつ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特に心がけていることはない

質問3

これまでのご自身について、ご記入ください。

好きなもの・好きなこと	
大切な思い出	
これまでの生活で気になる所	

質問4

これからの人生をどのように過ごしたいと考えていますか？

対人関係・趣味・一日の生活・家族関係・死生観など、自由にお書きください。

質問5

このサービスを利用した後、どのような自分になっていきたいですか？

からだの面や生活の面など自由に思うままにお書きください。

ご記入ありがとうございました。