**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カ月間、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）

**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。**

質問１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 | 　　　　　　　： | 　　　　　　　　： |

**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。**

質問２

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

**これまでのご自身について、ご記入ください。**

質問３

|  |  |
| --- | --- |
| 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。