

年 月 日

主 治 医 様

糸魚川市福祉事務所

パワーリハビリテーション・訪問機能訓練事業への参加にかかる  
意見書の提出について（依頼）

日頃より、福祉事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、下記の方が市のパワーリハビリテーション・訪問機能訓練事業への参加を希望されました。本事業は、65歳以上の総合事業対象者または介護保険による要支援認定者で運動機能や生活機能の向上が必要な方を対象に実施しています。

事業への参加につきまして、心疾患等の診断がある方は、主治医の総合的なご判断をいただいております。

下記内容をご確認いただき、参加の可否について意見書のご記入をお願いいたします。

記

1 対象者

氏名: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

担当ケアマネ: \_\_\_\_\_

2 対象事業

(1) パワーリハビリテーション

市内2か所のデイサービスセンターを会場に、週2回3か月を基本とし、運動機器等を利用した運動を実施（1回90分程度）

○実施事業所と最低負荷量

①デイサービスセンタークレイドルやけやま：2.5kg

②デイサービスセンターおうみ：調整可能

(2) 訪問機能訓練

利用者の自宅へリハビリ専門職（PT・OT・ST・健康運動指導士・看護師等）が訪問し、運動機能向上や生活機能向上のための指導を行う。（1回概ね60分）

【問合せ先】糸魚川市福祉事務所地域包括ケア係

☎ 025-552-1511

**<パワーリハビリテーション・訪問機能訓練事業への参加にかかる意見書>**

氏名 : \_\_\_\_\_ 住所 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

疾 患 名 : 心臓病 (心筋梗塞・心不全・その他) 不整脈 (心室性頻拍・発作性上質性頻拍・その他)  
その他疾病 ( )

運動実施	利用予定サービス	医師の判断
	・パワーリハビリテーション	可 · 否
	・訪問機能訓練	可 · 否
指示事項 留意点等	※運動強度等指示があればご記入ください	
年 月 日		
医療機関の 名称及び所在地		
医師 氏名		印