

四日市市主催
平成29年度(9~11月)

健康づくり教室のご案内

場所：三重北勢健康増進センター
「ヘルスプラザ」
(四日市市塩浜町 1 - 11)

※1月以降の開催も予定しています。

料金：無料

	<p>9月 【申込締切日】 8月20日(日)(必着)</p>	<p>10月 【申込締切日】 9月20日(水)(必着)</p>		<p>11月 【申込締切日】 10月20日(金)(必着)</p>
<p>認知症予防のための「脳力リフレッシュ教室」</p> <p>対象 おおむね65歳以上の 人</p>	<p>【土曜午後コース】 2、9、16、30日 (土曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【火曜午前コース】 3、17、24、31日 (火曜日) 9:45~11:15</p>	<p>【水曜午後コース】 4、11、18、25日 (水曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【金曜午後コース】 10、17、24、 12月1日(金曜日) 13:45~15:15</p>
<p>足腰パワーアップ教室</p> <p>対象 18歳以上で肩・膝・腰の 痛み、骨粗しょう症などで お悩みの人</p>	<p>【金曜午後コース】 1、8、15、22日 (金曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【火曜夜間コース】 3、17、24、31日 (火曜日) 19:00~20:30</p>	<p>【土曜午後コース】 7、14、21、28日 (土曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【木曜午前コース】 2、9、16、30日 (木曜日) 9:45~11:15</p>
<p>転ばぬ先の健康教室</p> <p>対象 おおむね65歳以上で 体力低下を感じている人</p>	<p>【水曜午後コース】 6、13、20、27日 (水曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【火曜午後コース】 3、17、24、31日 (火曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【金曜午後コース】 6、13、20、27日 (金曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【水曜午後コース】 1、15、22、29日 (水曜日) 13:45~15:15</p>

※心臓病・不整脈・運動制限があり、主治医が運動不可と判断した場合は、参加できません。

※H29年6月~H30年3月の間で、同じ教室に複数回の申込はできません。



各教室の内容は裏面を
ご覧ください。

脳力リフレッシュ教室

【定員】20人
認知症予防について、正しい知識を学び、効果的な運動を実施する教室です！



内容 【全4回】

【お話】認知症予防について

【実技】体と頭を使った運動「コグニサイズ」 <<1回実施>>

【実技】ボール運動と有酸素運動（自転車こぎ）とトレーニング機器を使った運動 <<2回実施>>

【実技】プールでの水中運動の体験 <<1回実施>>

足腰パワーアップ教室

【定員】20人
関節への負担が少ない水中運動を中心に行う教室です！

内容 【全4回】

【お話】ロコモティブシンドロームと運動

【実技】簡単なストレッチ と筋力トレーニング <<1回実施>>

【実技】水中運動 <<3回実施>>

※肩・膝・腰・股関節に効果的な運動を中心に行います。

転ばぬ先の健康教室

【定員】10人
要介護認定の要支援および市の総合事業における基本チェックリスト該当者も参加できます。介助者と一緒にご参加ください。

内容 【全4回】

【お話】水中運動の効果

【実技】水の特性を活用したストレッチや筋力トレーニング等 <<1回実施>>

【実技】水の特性を活用したストレッチや筋力トレーニング等 <<3回実施>>

※ 日程の詳細につきましては、申込締切後にお送りするご案内をご確認ください。

※ お申込みは別紙の申込書にご記入の上、下記までお願いいたします。

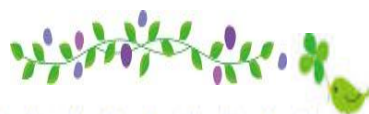
三重北勢健康増進センター「ヘルスプラザ」 1階総合受付

【受付時間】 9:30~21:00（日曜日は9:30~18:00）

【休館日】 月曜日 ※祝日の場合はその翌日

〒510-0851 四日市市塩浜町1-11

電話：059-349-3311 Fax：059-348-0017



健康づくり教室 申込書

申込方法

はがき、電話、FAX、もしくは、三重北勢健康増進センター「ヘルスプラザ」1階総合受付窓口にて、下記の申込内容でお申し込み下さい。

※応募多数の場合は抽選。その場合は、四日市市内在住者を優先させていただきます。結果は全員にご連絡します。

【受付時間】 9:30～21:00（日曜日は9:30～18:00）

【休館日】 月曜日 ※祝日の場合はその翌日 【住所】 〒510-0851 四日市市塩浜町1-11

【連絡先】 電話：059-349-3311 Fax：059-348-0017

※H29年6月～H30年3月の間で、同じ教室に複数回の申込はできません。 申込日： 年 月 日

教室名・コース名	脳カリフレッシュ教室（9月土曜午後・10月火曜午前・10月水曜午後・11月金曜午後） 足腰パワーアップ教室（9月金曜午後・10月火曜夜間・10月土曜午後・11月木曜午前） 転ばぬ先の健康教室（9月水曜午後・10月火曜午後・10月金曜午後・11月水曜午後）		
(ふりがな)お名前	()	電話番号	()
生年月日・性別	年 月 日 (歳) 男 ・ 女		
住所	〒		
市の総合事業におけるチェックリスト該当および要介護認定の有無 ※転ばぬ先の健康教室の申込者のみ記入	①無し ②市の総合事業におけるチェックリスト該当 ③要支援1 ・ 要支援2 ※②・③の方は、介助者の項目もご記入下さい。	(ふりがな)教室に参加する介助者のお名前 続柄・年齢 性別	() 続柄 () (歳) (男 ・ 女)

病気についてのお尋ね 該当する番号に○を付けて下さい。()内は具体的にご記入下さい。

1. 今までにかかった病気および現在、治療中の病気の有無	1.無し	2.有り 病名 () ()
2. 現在、内服中の薬はありますか。	1.いいえ	2.はい ・ 血圧を下げる薬 (薬名:) ・ 不整脈の薬 (薬名:) ・ 血糖値を下げる薬 (薬名:) ・ 血液を固まりにくくする薬 (薬名:) ・ その他 (薬名:)
3. 今まで心臓病、不整脈、またはその疑いがあるといわれたことがありますか。(健診等で心電図異常の指摘も含む。)	1.いいえ	2.はい 病名 () いつ頃 (S・H 年 月ごろ)
4. 現在、体の関節で痛みのある部位はありますか。	1.いいえ	2.はい (痛みのある部位に○を付けて下さい。) 肩 ・ 首 ・ 腰 ・ 肘 ・ 股 ・ 膝
5. 主治医から運動に関して制限もしくは注意を受けていますか。または、受けたことがありますか。	1.いいえ	2.はい ⇒ 教室参加の許可はありますか？ (ある・ない) 具体的内容 ()
6. 平成28年度に開催しました当教室で、参加したことがあるものに○を付けて下さい。		脳カリフレッシュ教室 足腰パワーアップ教室 転ばぬ先の健康教室

※個人情報の取扱いについて：お預かりする個人情報は、教室の目的以外には使用いたしません。