

四日市市主催
平成 28 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)
料金：無料

※1~3月の開催も予定しています。

	<p>9月 【申込締切日】 8月20日(土)(必着)</p>	<p>10月 【申込締切日】 9月21日(水)(必着)</p>	<p>11月 【申込締切日】 10月20日(木)(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>【水曜午後コース】 7、14、21、28日 (水曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【金曜午後コース】 7、14、21、28日 (金曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【金曜午前コース】 4、11、18、25日 (金曜日) 9:45~11:15</p>	<p>【土曜午後コース】 5、12、19、26日 (土曜日) 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>【土曜午後コース】 3、10、17、24日 (土曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【木曜午前コース】 6、13、20、27日 (木曜日) 9:45~11:15</p>	<p>【木曜午前コース】 10、17、24日、 12月1日(木曜日) 9:45~11:15</p>	<p>【金曜午後コース】 4、11、18、25日 (金曜日) 13:45~15:15</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>【金曜午前コース】 2、9日 (金曜日) 9:45~11:15</p>	<p>【火曜午後コース】 18、25日 (火曜日) 13:45~15:15</p>	<p>【木曜午後コース】 10、17日 (木曜日) 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。

※H28年6月~H29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1・2の人も参加できます！
介助者と一緒にご参加ください。

内容 【全2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 <<1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

※H28年6月~H29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：28年 月 日

教室名・コース名	脳カリフレッシュ教室(9月水曜午後・10月金曜午後・11月金曜午前・11月土曜午後) 足腰パワーアップ教室(9月土曜午後・10月木曜午前・11月木曜午前・11月金曜午後) 転ばぬ先の健康教室(9月金曜午前・10月火曜午後・11月木曜午後)		
(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	〒		
要介護認定区分 ※転ばぬ先の健康教室の申込者のみ記入	受けていない 要支援1・要支援2 ↳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 年齢・続柄・性別	() (歳)・続柄()・(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、関節や腰を曲げたり伸ばしたりすることで、痛みが出る箇所はありますか。	1.いいえ	2.はい(具体的な箇所に○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27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。