**地域巡回指導・普及啓発事業の活用について**

〇申込者連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村： |  | 所　属： |
| 担当者： |  | 電　話： |
| ＦＡＸ： |  | メールアドレス： |

〇実施予定内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 活用を希望する事業の内容 |  | | | |
| 2 | 事業の種別 | 介護予防事業　　・　　その他  （　老人クラブ　・　地域サロン　・　生涯教育　・　地域保健事業　・　その他） | | | |
| 3 | 事業の主体 |  | | | |
| 4 | 事業実施当日の担当者 |  | | | |
| 5 | 実施予定場所（会場名） |  | | | |
| 6 | 実施時期（予定） | 平成　　　年　　　月　　　日（　　　　曜日）予定。  （　　　　　　　時から　　　　　　　時頃まで） | | | |
| 7 | 参集規模 | 名程度 | | | |
| 8 | 事業の概要 |  | | | |
| 9 | 活用（実施）を希望する内容※いづれも高齢者（概ね65歳以上）対象 | 希望する  項目に○印 | 実施内容 | | |
|  | **歯科健診・指導（歯科医師・歯科衛生士）**　※木曜日限定  ・義歯チェック、嚥下など高齢者の口腔状況に合わせて個別指導 | | |
|  | **歯科口腔集団指導（歯科衛生士）**  ・嚥下体操、口腔体操、講演などを実施 | | |
|  | **栄養指導（栄養士など）**  ・高齢者特有の栄養状態や食生活にかかる指導を実施 | | |
|  | **運動指導（健康運動指導士など）**  ・筋力向上、ストレッチ、誤嚥にナラん！体操等を実施 | | |
|  | その他　・グループワーク方式等の認知症予防の講習  ・ 誤嚥にナラン体操継続グループへの体力測定等 | | |
|  |  |  |
| ・上記以外で希望があれば記載してください。 | | |
| 10 | その他 | 事業を実施するにあたっての問題点や疑問など。 | | | |

○注意事項

・歯科健診（歯科医師の派遣）については原則木曜日の実施となります。

・運動指導、栄養指導、口腔指導（歯科衛生士）の実施は、曜日を問いません。

※必要に応じて同様式を複数枚提出いただきますようお願いします