

平成30年度 リハスポーツ

脳卒中の後遺症があり、医師から運動をすすめられている方
(身体障がい者手帳保有)を対象に理学療法士からの専門的な説明からなる
リハビリテーション運動教室を開催しています。



- 【主催】 大阪府立障がい者交流促進センター（ファインプラザ大阪）
【会場】 大阪府立障がい者交流促進センター（ファインプラザ大阪）大ホール
【開催日時】 木曜日 14:00～15:00

※太字の日はリハビリテーションで、理学療法士・看護師が同席します。
その他の日は、レクリエーションを行います。

4月	5日 12日 19日	10月	4日 11日 25日
5月	10日 17日 24日	11月	8日 15日 29日
6月	7日 14日 21日	12月	6日 13日 20日
7月	5日 12日 19日	H31 1月	10日 17日 31日
8月	2日 23日 30日	2月	7日 21日 28日
9月	6日 13日 27日	3月	7日 14日 28日

- 【対象】 脳卒中の後遺症があり、医師から運動を勧められている方(身体障がい者手帳有)と介護者
※必ず介護者同伴でご参加ください。

- 【申込方法】 **定員 20組（先着順）**

所定の申込用紙に必要事項を記入し、郵送又はFAXで申込。

※先着順となります。また電話での申込は受け付けません。

※開催期間中は随時申込可能です。ただし、定員を超えている場合は入会待ちとなります。

お申込後、担当者からご連絡いたします。

※平成30年度初回までに、申込者全員に参加可否を通知いたします。

- 【申込先】 大阪府立障がい者交流促進センター（ファインプラザ大阪）

〒590-0137 堺市南区城山台5-1-2

TEL 072-296-6311 FAX 072-296-6313

- 【内容】 ○リハビリテーションでは、理学療法士の専門的なアドバイスを受けながら、歩行機能の改善や自分の体重を使ったトレーニングを行い、運動を続けていく機会とします。
○レクリエーションでは、様々なレクリエーションを行い楽しみながら身体を動かします。

- 【その他】 ○リハビリテーション開催日は教室開始前に血圧測定をしますので**20分前にお越しください。**

○身体状態などに関する「調査票」は必ず**受講初日までに提出してください。**

○枕又は枕代わりになる物(タオルなど)が必要でしたら、**各自でご準備ください。**

○開催期間中、**連絡のない欠席が連続して4回あった場合は参加を取り消します。**

欠席される場合は、必ずご連絡ください。

○参加者の傷害保険は主催者で加入します。怪我等の場合は応急処置のみとし、その後の責任は負いません。

○午前11時の時点で、大阪府に暴風警報または特別警報が発令された時は中止とします。

○本事業への「申込書」に記入していただいた個人情報、並びに主催者が撮影した写真・映像については、個人情報保護関係法令を遵守し、本事業への参加調整事務及び当センター情報誌ホームページ掲載のみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

平成30年度 リハスポーツ 申込書

センター登録	有 (No.) ・ 無		
フリガナ			性別 年齢
氏名			男・女 歳
電話番号		FAX	
住所	〒		
来所方法	自家用車・送迎バス・公共交通機関・その他()		
介護者名	※必ず介護者同伴でご参加ください。		

*「センター登録」がお済みでない方は、下の欄に記入するとともに2階総合受付にてセンター登録をしてください。

障がい名	(手帳) 級 / A・B1・B2
------	------------------

上記の通り、申込みます。

平成 年 月 日

大阪府立障がい者交流促進センター(ファインプラザ大阪)行

FAX 072-296-6313

担当	入力	受付
/	/	/

調 査 票

平成 30 年 月 日

フリガナ			
名 前	性別	男 ・ 女	年齢 歳
血 圧	※普段計測している場合はお書き下さい。		身長 cm 体重 kg
◆脳卒中の種類 (○で囲んでください) (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ クモ膜下出血) 発症年月 年 月頃			
◆後遺症の内容についてご記入ください【例：(右・左)片マヒ、言語障がい、視覚障がい、感覚障がいなど】 (マヒの程度なども詳しくお書きください)			
服薬状況 (薬の種類・1回量・服薬回数) ※薬局でもらう「お薬表」のコピーを持参していただいても結構です。			有 () 無 不整脈
既往歴	主治医	(連絡先) — —	
日常生活動作	※あてはまるものに○印を付けてください。 ① 立 位 1. 可 2. 不可 3. 介助ありで可 ② 座位バランス 1. 可 2. 不可 3. 介助ありで可 ③ 移 動 1. 独歩 2. 杖 3. 装具 4. 歩行器 5. 車いす ④ 更 衣 1. 自分で出来る 2. 一部介助 3. 全面介助		
運動習慣	有 ・ 無 ※ (有と答えた方は、具体的に記入してください)		
教室参加にあたりご希望などがありましたらご記入ください。			

※「調査票」は記入のうえ、受講初日に必ず提出してください。また、常備薬をお持ちの方はご持参ください。

※現在、医師の指示で薬などを服用中の方は、指示通りにしておいてください。
※「調査票」は本教室指導用にもみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。