

2019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
 ※.....の日程は理学療法士・看護師が同席します。

4月	<u>4日</u> <u>11日</u> 18日	10月	<u>3日</u> <u>17日</u> 24日
5月	<u>9日</u> <u>16日</u> 23日	11月	<u>7日</u> <u>14日</u> 21日
6月	<u>6日</u> <u>13日</u> 20日	12月	<u>5日</u> <u>12日</u> 19日
7月	<u>4日</u> <u>11日</u> 18日	2020年 1月	<u>9日</u> <u>16日</u> 23日
8月	<u>1日</u> <u>8日</u> 29日	2月	<u>6日</u> <u>13日</u> 20日
9月	<u>5日</u> <u>12日</u> 19日	3月	<u>5日</u> <u>12日</u> 19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。
- 【定員】 20組
- 【申込方法】 所定の「申込書」に必要事項を記入のうえ、下記【申込先】に持参または郵送、FAXでお申込みください。
 ※「**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。
※2019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 堺市南區城山台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の日は教室前に血圧測定を行います。**約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。

2019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
住所	〒		
電話番号	— —	FAX	— —
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 (参加者提出用)

2019年 月 日

フリガナ		性別	男・女	年齢	
名前					歳
血圧	※普段計測している場合は平均値をお書き下さい。	身長		体重	
			cm		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。					
				不整脈	有 ()・無
既往歴					
かかりつけの病院 及び主治医	(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				
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」は本教室指導用のみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。