

2023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を対象に理学療法士、看護師、障がい者スポーツ指導員等の専門スタッフが分かりやすく、丁寧にリハビリテーションや運動のアドバイスをいたします。



©2014 大阪能すやん

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

_____の日は、リハビリテーションを実施します。※理学療法士・看護師同席。それ以外の日は、軽スポーツを実施します。※理学療法士同席

日程												
2023年	4月	<u>13日</u>	<u>20日</u>	27日	5月	<u>11日</u>	<u>18日</u>	25日	6月	<u>1日</u>	<u>15日</u>	29日
	7月	<u>6日</u>	<u>13日</u>	27日	8月	<u>3日</u>	<u>24日</u>	31日	9月	<u>7日</u>	<u>14日</u>	28日
	10月	<u>5日</u>	<u>12日</u>	19日	11月	<u>9日</u>	<u>16日</u>	30日	12月	<u>7日</u>	<u>14日</u>	21日
2024年	1月	<u>11日</u>	<u>18日</u>	25日	2月	<u>1日</u>	<u>22日</u>	29日	3月	<u>7日</u>	<u>14日</u>	-

【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（身体障がい者手帳保有）
※介護者同伴での参加となります。

【参加費】 無料 【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。

※「先着川頁」となります。電話での申込みは受け付けません。

※開催期間中は随時申込み可能です。ただし、定員を超える場合はキャンセル待ちとなります。

※**申込者全員に参加の可否をご連絡いたします。**

【申込先】 大阪府立障がい者交流足進センター（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、スタッフより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等を行い、運動を続けていく機会とします。
○軽スポーツでは、様々な種目に取り組みながら楽しく身体を動かします。

- 【その他】 ○リハビリテーションの日は、教室開始前に血圧測定を行いますので、**30分前（13：30）に大ホールへお越しください**（コロナ禍では、血圧測定は実施いたしません）。
○教室中、マットへ寝転びながら行う動作があります。**枕または枕代わりになる物（タオル等）が必要な方は、各自でご準備ください**（コロナ禍では、実施いたしません。再開する際は事前にご連絡いたします）。
○**連絡のない欠席が連続して4回あった場合は、参加を取り消す場合があります。**欠席される際は、必ずご連絡ください。
○「調査票」は、**必ず受講初日までに提出してください。**
○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・映像等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SNS（ホームページ・ブログ・LINE・YouTube）掲載のみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。
○ファインプラザ大阪は、新型コロナウイルス感染拡大防止対策として、定期換気と、施設や貸出備品などの定期消毒、必要に応じて各施設の利用人数制限などを実施しています。参加者には手洗いや手指消毒を励行いただくなど各自で感染予防に努めていただくとともに、健康状態に不安のある方は、参加を控えてください。感染拡大状況によっては、事業を中止する場合があります。

2023 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。

_____ 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)

※参加決定後、必要事項をご記入の上、必ず受講初日までに提出してください。また、常備薬をお持ちの方はご持参ください。

年 月 日 記入

フリガナ		性別	男・女	年齢	
氏名					歳
血圧	※普段の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) ※「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。					

※ 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」は本教室指導用にのみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。