

# 2020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）を対象にリハビリテーション運動教室を開催しています。理学療法士、看護師、健康運動指導士、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、丁寧に運動のアドバイスをいたします。

【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	9日	16日	23日	10月	1日	8日	15日
5月	14日	21日	28日	11月	5日	12日	19日
6月	4日	11日	18日	12月	3日	10日	17日
7月	2日	9日	16日	2021年 1月	7日	14日	21日
8月	6日	20日	27日	2月	4日	18日	25日
9月	3日	10日	17日	3月	4日	11日	18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。**  
 【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。  
**※申込者全員に参加の可否をご連絡いたします。**

ファインプラザ大阪  
 LINE@  
 下記のQRコードを  
 読み取り友だち登録  
 お願いします！



【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、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。**  
 ○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。  
 ○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。**  
 ○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)掲載のみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

# 2020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)

20 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	
氏名					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」は本教室指導用にもみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。