

2021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、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、丁寧にリハビリテーションや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
_____の日は、リハビリテーションを実施します。※理学療法士・看護師が同席。
それ以外の日は、軽スポーツを実施します。

4月	8日	15日	22日	5月	13日	20日	27日
6月	3日	10日	24日	7月	1日	8日	15日
8月	5日	12日	19日	9月	2日	9日	16日
10月	7日	14日	28日	11月	11日	18日	25日
12月	2日	9日	16日	2022年 1月	6日	13日	20日
2月	3日	10日	17日	3月	3日	10日	17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（身体障がい者手帳保有）
※介護者同伴でのご参加となります。

【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でお申込ください。

※「先着川頁」となります。電話での申込は受け付けません。

※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、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。
○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、約30分前（13：30
頃）に大ホールへお越しください。

○教室中、マットへ寝転びながら行う動作があります。枕又は枕代わりになる物（タオルなど）
が必要な方は、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。

○新型コロナウイルス感染拡大状況によっては、内容の変更及び事業を中止する場合があります。

2021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)

年 月 日記入

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) ※「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、必ず受講初日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。

※ 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。