

がんサロン リラックスヨガ 参加申込用紙

提出日 令和 年 月 日

※参加希望の方は、必ずご自身で主治医に参加の可否を確認してください。

リラックスヨガに参加します。

参加を希望される時間に○をつけてください。 当日直接会場までお越しください。

	10:00 開始(9 時 45 分集合)		11:30 開始(11 時 15 分集合)
--	----------------------	--	-----------------------

次の項目をご記入ください。

氏 名		年 齢	
診察券番号			
電 話 番 号			
診 療 科			
主 治 医			

リラックスヨガ参加のためのセルフチェックシート

次に当てはまる項目にチェック ☒ をお願いします。

- ☐ 年齢が、18～70 歳の間である
- ☐ 現在、大阪市立総合医療センターへ外来通院をし、がん治療をしている
- ☐ 現在、治療をしている該当科の主治医にヨガをすることの許可を得ている
- ☐ 現在、抗がん剤・放射線・内服治療をしている
- ☐ 骨、脳への転移がない
- ☐ 軽度の運動で痛みなどの著しい支障が無い
- ☐ 現在、ヨガレッスンを受けていない

✓のない項目がある方は、参加していただくことができません。

全ての項目に✓のある方のみ、この用紙を総合医療相談窓口設置の申込箱へ提出してください。