

# 大阪市立総合医療センター がんケアヨガ参加申込書

提出日 令和 年 月 日

実施予定日

事前顔合わせ 令和 4 年 2/24(木)または 2/25(金) ※希望者のみ

ヨガ 令和 4 年 3/3(木)、3/17(木)、4/7(木)、4/21(木)、  
5/12(木)、5/26(木)

開催時間: 10 時～11 時 30 分

次の項目をご記入ください。

氏名		年齢	
診察券番号			
住所	〒		
電話番号	(自宅)	携帯	
診療科		主治医	

## がんケア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。

- 現在、18～70 歳である
- 現在、大阪市立総合医療センターでがん治療をしている
- 軽度の運動で痛みが強くない
- 骨、脳への転移がない
- 主治医にヨガをすることの許可を得ている
- ※参加希望の方は、必ずご自身で主治医に相談の上、参加の可否を確認してください。**
- 他所でヨガレッスンを受けていない **※応募者多数の際は新規の方を優先します。**

この用紙を 1 階 総合医療相談窓口 に設置の申込箱へ提出、または下記送り先まで郵送してください。

後日、参加の可否を通知いたします。

状況・場合によっては参加をお断りさせていただくこともございますので、あらかじめご了承ください。

送り先

〒534-0021 大阪市都島区都島本通 2-13-22

大阪市立総合医療センター がん医療支援センター