

大阪市立総合医療センター がんケアヨガ 体験会参加申込書

提出日：令和 年 月 日

令和6年9月10日（火） 10：30～11：30（10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			
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☑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
- 主治医にヨガをすることを報告している
- 軽度の運動で痛みが強くない
- 骨、脳への転移がない

※参加希望の方は、必ずご自身で主治医に確認の上、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

※応募者多数の際はがんケアヨガに参加されたことがない方を優先します。

◆ヨガに参加するにあたり、不安なことやヨガインストラクターに伝えておきたいことがあればご記入ください。

例)手術の影響で右腕が上がりにくい 痛み、しびれがある 等

この用紙を1階 総合医療相談窓口の申込箱へ提出、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。

申込締切 8/20(火)必着

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
TEL:06-6929-1221(代表)