

ご関係者の皆様

無料体験申込のご案内

医療法人 神明会
デイサービス あ・まノmano
施設長 高橋 明彦
管理者 松井 淳

この度は、無料体験のご相談をいただき、ありがとうございます。
お申込みに関しましての書類は下記のものとなっております。
ご準備よろしくお願い致します。

「提出書類」

1. 無料体験申し込み用紙
2. プール・機能訓練の同意書
3. 入浴のご準備（バスタオル 1 枚・フェイスタオル 2 枚・着替え）

「持ち物」

1. 昼食もご利用いただけますので昼食時、服用のある方
2. プールご利用の方は水着（レンタルもございます）
3. 入浴ご希望の方は、バスタオル 1 枚・フェイスタオル 2 枚
（着替えは必要な方）

お手数をおかけしますが、ご家族様やケアマネージャーとご相談の上、
必要事項を申込用紙にご記入いただき、下記までご返送くださいますよう
よろしくお願い申し上げます。

（郵送・FAX・ご持参等いずれでも結構です）

〒562-0001
大阪府箕面市箕面 1-2-12
デイサービス担当（相談員）：橋渡・山本
TEL:072-721-1765
FAX:072-721-3765



あ・まノマノ 無料体験申し込み書

申込日 平成 年 月 日

お名前	明・大・昭 年 月 日生 (歳) 男 女		
住所	〒		
ご連絡先	() -		
介護度	申請中 ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
主治医	医院名		住所
既往歴			
居宅介護支援事業所		電話番号() -	担当

ご家族様ご連絡先

お名前	明・大・昭 年 月 日生 (続柄:) 男 女		
住所	〒		
ご連絡先	() -		

・アクアリハビリ(プール)・レクリエーション・機能訓練・入浴・その他ご要望(

体験日希望日	月	日	曜日
--------	---	---	----

※体験申し込み書と同時に別紙運動に関する同意書の提出をお願いしています。

どちらかに○を→
お願いします

体験当日にご本人様ご記入 ・ FAXにて事前に事業所へ送信希望

機能訓練(水中運動)参加についての同意書

1、機能訓練(水中運動)についての説明

当施設では比較的高齢者の方に負担が少ないといわれる水中運動を行っております。ご利用者様の疾患、身体状況に配慮しながら1対1の個別レッスン、グループレッスンなどに振り分けプログラムを作成していきます。訓練時間は約20分間実施し、水中での歩行訓練、バランス運動、各種ストレッチ、浮具を用いた筋力トレーニング、リラクゼーションなどを行います。トレーニング状況に応じて3カ月に一度、プログラムの見直しを図っていきます。

2、期待される効果

水の浮力により筋肉や関節にかかるストレスを軽減したり水圧により腫れを軽減する効果があると言われております。また水の粘性効果や流水速度の変化により水中での運動に対する抵抗がリハビリテーション効果を高め、さらに痛みを和らげ、ご利用者様の心理的なリラクゼーションを促進し、リハビリテーションを苦痛なく積極的に取り組むことができます。まだ痛みのあるご利用者様にとって水は運動したりリラックスするための媒体であり、水中では運動もしやすく、ご利用者様は地上よりも高いレベルの運動をすることが可能です。結果、ご利用者様は自信を持つことができリハビリテーションもしやすくなります。転倒の恐れも少なく、さらにグループでの訓練では社会的な相互作用も得られ同様の疾患で様々な回復過程にあるご利用者様にとっては心理的な支えにも、訓練の動機づけにもなります

3、水中運動の禁忌について

水中運動に参加する場合、利用者様の身体状況、疾患に対しての禁忌事項があるためお断りする場合がありますのであらかじめ担当者までお問い合わせください。

4、運動中に起こりうる危険性について

運動中の事故防止のため血圧、脈拍測定など随時行い、安全に運動が行えるよう訓練開始前に必ず看護師の判断を仰ぐようにしておりますが運動中に何らかの不測の変化が現れる事が稀にあります。これには異常な血圧変化、めまい、不整脈、まれに心不全、脳卒中及び死亡事故が含まれます。当日の体調によっては、施設側の判断により中止していただく場合がございます。少しでも体調がすぐれない場合は自己の判断で中止してください

5、利用者の責任

安全に運動を進めて効果をあげるためには各自において決められた運動メニュー(運動の強さ、回数、種類)を守ることが大切です安全に運動を行っていただくために以下の注意事項を守るようにお願いいたします

- ・いつもと違う症状(いつもは感じない息苦しさや胸の痛み、ひどい疲れ、動悸、めまいなど)があるのに職員に報告しないこと
- ・目標の脈拍を超えて運動すること
- ・調子の悪い時に運動すること

6、承諾

私は上記項目についてデイサービス・あ・マノマノ箕面駅前にて行なわれる機能訓練の内容及びリスクについての説明を読み、私の責任についても十分に理解しました。「アクアリハビリ」に自己の責任として参加し機能訓練参加に伴う危険性、規則、プログラム内容を承諾し、同意します

平成 年 月 本人 _____ 印

家族(代理人) _____ 印(続柄)

ご不明な点がございましたらあ・マノマノ箕面駅前デイサービス担当者(松井)までご連絡いただけますようお願い申し上げます

〒562-0001

大阪府箕面市箕面1-12-2

デイサービス・あ・マノマノ箕面駅前

TEL:072-721-17 FAX:072-721-3765