

いぎいぎ健康教室

(2019年度)

ズバリ！！

「身体の歪みを整える」

ことを目標にした教室です。

運動不足や偏った生活習慣が原因でおこる「身体の歪み」がコリや痛みの原因かも。美しい姿勢を作って、いつまでも元気で楽しい日々を過ごしませんか。



「家事をし」
「TVを見」
「歯磨きし」
・・・ながら運動

リズム系からリラックス系まで内容はさまざま！！

日 時：火曜日 13:30～14:30

毎週内容が違うよ

- 第1週「転倒予防運動」今のうちから！ぜひやっておきたい転倒予防のための運動
- 第2週「ながら運動」家事や掃除しながらできる、簡単で効果バツグンの運動
- 第3週「骨盤体操&リラックスフットセラピー」
身体の歪みを整え、リンパの流れを良好にし身体も心もリフレッシュ
- 第4週「リズム&ボール運動」リズムにのって気軽に楽しくエクササイズ

激しい運動ではないので、運動が苦手な方にも気楽に参加していただけます。

場 所：光市総合体育館 サブアリーナ

募集人員：30名

参加費：2000円/月4回

(別途年度初回のみ光市スポーツ安全会加入金100円徴収)

準備品：動きやすい服装・水分補給用の飲料水

室内シューズ(第2・4週)・タオル ※マットの貸出しあります

申込先：光市総合体育館

0833-72-9100



(2019年度)

いきいき

健康教室

ズバリ！！

「身体の歪みを整える」

ことを目標にした教室です。運動不足や偏った生活習慣が原因でおこる「身体の歪み」はコリや痛みの原因かも。

美しい姿勢を作って、いつもまでも元気で楽しい日々を過ごしませんか。楽しく充実した人生を歩むためにも自分で自分のカラダを整えましょう



対 象 : 18歳以上の健康な男女

日 時 : 火曜日 13:30~14:30※日程については裏面に記載

第1週『転倒予防運動』今のうちから！ぜひやっておきたい転倒予防のための運動

第2週『ながら運動』家事や掃除しながらできる、簡単で効果バツグンの運動

第3週『骨盤体操&リラックスフットセラピー』

身体の歪みを整え、リンパの流れを良好にし身体も心もリフレッシュ

第4週『リズム&ボール運動』リズムにのって気軽に楽しくエクササイズ

激しい運動ではないので、運動が苦手な方にも気楽に参加していただけます。

会 場 : 光市総合体育館 サブアリーナ

定 員 : 約30名(先着順)

持 参 品 : 運動のできる服装・水分補給用の飲料水

室内シューズ(第2、4週)・タオル

(飲料水はペットボトル、スクイズボトル等蓋のあるもの)

参 加 費 : 2000円/月4回 (※1500円/月3回、2500円/月5回の場合あり)

※別途、年度初回のみ光市スポーツ安全会会費100円を徴収します。

※毎月教室初日に体育館窓口にお支払ください。

《お願い》キャンセル待ちの方の為に、参加キャンセルの連絡は早めをお願いいたします。

毎月教室初日の前日までにキャンセルの連絡がない場合はその月の参加費をいただきます。

(お休みされる月も参加費をいただきますのでご注意ください。)

申 込 先 : 光市総合体育館 TEL 0833-72-9100

※ 教室中の安全については配慮しますが、万一の事故の場合は光市スポーツ安全会(見舞金支給)の範囲内で対応いたします。その後の処置については、自己の責任において対処して下さい。

※ 教室中は、自己の体力に合わせて、無理のないようにして下さい。

2019/4月教室

月	火	水	木	金	土	日
1	2 ★安	3	4	5	6	7
8	9 ★片	10	11	12	13	14
15	16 ★田	17	18	19	20	21
22	23 ★松	24	25 休館日	26	27	28
29 昭和の日	30					

2019/5月教室

月	火	水	木	金	土	日
		1	2	3 憲法記念日	4 みどりの日	5 こどもの日
6 振替休日	7 ★安	8	9	10	11	12
13	14 ★片	15	16	17	18	19
20	21 ★田	22	23 休館日	24	25	26
27	28 ★松	29	30	31		

2019/6月教室

月	火	水	木	金	土	日
					1	2
3	4 ★安	5	6	7	8	9
10	11 ★片	12	13	14	15	16
17	18 ★田	19	20	21	22	23
24	25 ★松	26	27 休館日	28	29	30

2019/7月教室

月	火	水	木	金	土	日
1	2 ★安	3	4	5	6	7
8	9 ★片	10	11	12	13	14
15 海の日	16 ★田	17	18	19	20	21
22	23 ★松	24	25 休館日	26	27	28
29	30 一	31				

2019/8月教室

月	火	水	木	金	土	日
			1	2	3	4
5	6 ★安	7	8	9	10	11 山の日
12 振替休日	13 ★片	14	15	16	17	18
19	20 ★田	21	22 休館日	23	24	25
26	27 ★松	28	29	30	31	

2019/9月教室

月	火	水	木	金	土	日
						1
2	3 ★安	4	5	6	7	8
9	10 ★片	11	12	13	14	15
16 敬老の日	17 ★田	18	19	20	21	22
23 秋分の日	24 ★松	25	26 休館日	27	28	29
30						

2019/10月教室

月	火	水	木	金	土	日
	1 ★安	2	3	4	5	6
7	8 ★片	9	10	11	12	13
14 体育の日	15 ★田	16	17	18	19	20
21	22 ★松	23	24 休館日	25	26	27
28	29 ★田	30	31			

2019/11月教室

月	火	水	木	金	土	日
				1	2	3 文化の日
4 振替休日	5 ★安	6	7	8	9	10
11	12 ★片	13	14	15	16	17
18	19 ★田	20	21	22	23 勤労感謝の日	24
25	26 ★松	27	28 休館日	29	30	

2019/12月教室

月	火	水	木	金	土	日
						1
2	3 ★安	4	5	6	7	8
9	10 ★片	11	12	13	14	15
16	17 ★田	18	19	20	21	22
23	24 ★松	25	26 休館日	27	28 休館日	29 休館日
30 休館日	31 休館日					

2020/1月教室

月	火	水	木	金	土	日
		1 元日	2 休館日	3 休館日	4 休館日	5
6	7 ★安	8	9	10	11	12
13 成人の日	14 ★片	15	16	17	18	19
20	21 ★田	22	23 休館日	24	25	26
27	28 ★松	29	30	31		

2020/2月教室

月	火	水	木	金	土	日
					1	2
3	4 ★片	5	6	7	8	9
10	11 建国記念日	12	13	14	15	16
17	18 ★田	19	20	21	22	23 天皇誕生日
24 振替休日	25 ★松	26	27 休館日	28	29	

2020/3月教室

月	火	水	木	金	土	日
						1
2	3 ★安	4	5	6	7	8
9	10 ★片	11	12	13	14	15
16	17 ★田	18	19	20 春分の日	21	22
23	24 ★松	25	26 休館日	27	28	29
30	31 ★田					

「いきいき健康教室」申 込 書

(2019 年度)

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒		
TEL	自宅 ・ 携帯電話 ※携帯電話をお持ちの方は、必ず両方記入してください。		
ヨガ 経験	今までの、健康教室等の参加経験を教えてください。 ◎種類 『 』 ◎期間 『 』 ◎場所 『光市総合体育館 ・ その他 ()』		

※教室中の安全には配慮しますが、万一の事故の場合は光市スポーツ安全会
 (見舞金支給) の範囲内で対応致します。その後の処置については、自己
 の責任において対処して下さい。

※教室中は、自己の体力に合わせて、無理のないようにして下さい。

アンケート

- Q 1 教室に期待することは何ですか？
 { }
- Q 2 【H30年度参加された方】内容についての希望を教えてください。
 ① レベルUPしたい ② レベルKEEPしたい ③最初からやりたい
 ④ その他 (④と答えた方は下に理由を記入してください)
 { }
- Q 3 【H30年度参加された方】教室に参加しての感想は？
 { }
- Q 4 その他、何かありましたらお書き下さい。
 { }

問 診 表

- (1) 心臓が悪いと言われたり、心電図に異常があると言われた
ことがありますか？ はい いいえ
- (2) 高血圧症と言われたことがありますか？ はい いいえ
- (3) 糖尿病と言われたことがありますか？ はい いいえ
- (4) コレステロールまたは中性脂肪が高いと言われたことがあ
りますか？ はい いいえ
- (5) 痛風または尿酸値が高いと言われたことがありますか？ はい いいえ
- (6) 運動中にひどい息切れが出たことがありますか？ はい いいえ
- (7) めまいが起こり、気を失ったことがありますか？ はい いいえ
- (8) タバコを吸いますか？ はい いいえ
- (9) アルコールを飲みますか？ はい いいえ
- (10) これまでに、スポーツに伴うケガ、故障の経験はありますか？ はい いいえ
- (11) 血縁者に、心臓の病気をした方がいますか？ はい いいえ
- (12) 血縁者に、高血圧の方がいますか？ はい いいえ
- (13) 血縁者に、糖尿病の方がいますか？ はい いいえ
- (14) 現在、病院で治療を受けていますか？ はい いいえ
- (15) どのような薬を処方されていますか？ ()
- (16) これまでのスポーツ経験は？
(種目： () 才～ () 才・種目： () 才～ () 才)
- (17) 生まれてから現在までに、何か病気をしましたか？
(() 才～ () 才・ () 才～ () 才)
- (18) その他、気になる事があればご記入ください
()