

患者氏名  
生年月日

殿  
歳 (男・女)

## 運動療法処方箋

下記疾病治療のため、運動療法を実施して下さい。

診断名：

年 月 日

基本情報				
身長	cm	体重	kg	BMI
血圧	/	mmHg	脈拍	/分
運動内容 : 該当項目を○で囲んで下さい				
<input type="checkbox"/> 有酸素運動について				
1、エアロバイク    2、トレッドミル    3、水中歩行    4、その他(            )				
<input type="checkbox"/> 骨格筋強化について				
1、必要                      2、不要				
<input type="checkbox"/> 運動強度の制限について				
1、高強度な運動は実施しない                      2、制限なし				

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

頭書患者様の、疾病治療における運動療法につきましては、  
当施設の監督責任の下で実施致します。

古賀駅前クリニック  
日本医師会認定健康スポーツ医 石原善三郎