

患者氏名 殿
生年月日 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：

記入日： 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
担当医 泉 俊彦