

令和 年 月 日

患者名 殿
年 月 日生 歳 (男・女)

運動療法処方せん

下記疾病の治療のため、令和____年____月から下記の要領を厳守の上、厚生労働省の指定を受けた運動療法施設で運動療法を実施して下さい。

記

診 断 名 : _____

(運動内容)

運動種類	運動負荷時 血圧/脈拍	その他 禁忌事項
<input type="checkbox"/> 有酸素運動	<input type="checkbox"/> 指示なし <input type="checkbox"/> 指示あり 血圧 (/) 以内	
<input type="checkbox"/> マシントレーニング	脈拍 () 以内	
<input type="checkbox"/> 自重負荷運動	※「指示なし」の場合運動中止基準(血圧	
<input type="checkbox"/> 柔軟ストレッチ	180/110mmhg 以内、脈拍 110 拍以上または 50 拍以下) を適応させていただきます。	

医療機関名 _____
所在地 _____
医師名 _____