令和　　年　　月　　日

患者名　　様

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＿＿＿月第＿＿＿週から＿＿＿週間、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　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

運動療法実施頻度：　週　　回～　　回程度　体調を考慮して実施する

（運動内容）

☑	運動強度等	留意事項
	特に制限はありません	
	自覚的運動強度（ややきつい・ちょうど良い・楽である）	
	時間（運動継続時間）（分/１回当たり）	
	運動様式（種類：具体的に）	
	その他	

☑	禁忌事項	留意事項
	高強度の運動	
	急激な血圧の上昇を伴う運動	
	関節に大きな負荷のかかる運動	
	その他	

以上の内容の上、運動プログラムを作成して下さい。１回の運動の時間は体調を考慮の上、指導してください。

（生活上の留意点）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　在　地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印