

患者名 殿
年 月 日生 歳 (男・女)

運動療法処方箋

下記疾病治療のため、令和____年____月から、下記の要領を厳守の上、厚生労働大臣の認定を受けた運動療法施設で運動療法を実施してください。

記

診断名 : _____
運動療法実施頻度 : _____

(運動内容)

運動種類	運動強度、時間(回数)等	留意事項

その他運動療法上の禁忌、注意点(動作範囲など)

令和 年 月 日
医療機関名 _____
所在地 _____
医師名 _____ 印

患者名 姫文 太郎 殿
昭和〇60年 1月 1日生 34歳 (男)・女

運動療法処方箋

下記疾病治療のため、令和〇年〇月〇日から、下記の要領を厳守の上、厚生労働大臣の認定を受けた運動療法施設で運動療法を実施してください。

記

診断名 : 軽症高血圧
運動療法実施頻度 : 1~2回/週

(運動内容)

運動種類	運動強度、時間(回数)等	留意事項
自転車	息切れしない程度	
マシントレーニング	繰り返し行える重さ	

その他運動療法上の禁忌、注意点(動作範囲など)

りきむような運動は避ける。運動前後に血圧の自己測定。自覚症状があれば受診。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印