

平成 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、平成 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 : _____

(運動内容)

運動種類	運動強度、時間(回数)等	留意事項

(生活上の留意点) _____

医療機関名 _____
所在地 _____
医師名 _____ 印