

診療情報

記入日：20 年 月 日

氏名		生年月日：西暦 年 月 日 (歳) 男・女			
下記疾病の治療のため、20__年__月__日から20__年__月__日、 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ください。					
投薬内容 (特に心拍数に影響する薬剤)					
臨床診断 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他 ()					
問診	自覚症状	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動機 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 失神 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()	運動療法の適応	<input type="checkbox"/> 適応 <input type="checkbox"/> 条件付き適応 <input type="checkbox"/> 禁忌	
	既往歴	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 整形疾患 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし	運動負荷試験	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必ずしも必要ない	
	家族歴	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 突然死 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし	運動負荷試験結果	<input type="checkbox"/> ATポイント1分前 <div style="text-align: right;">watt</div> <input type="checkbox"/> AT時の心拍数 <div style="text-align: right;">/分</div>	
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 問題点 () <input type="checkbox"/> なし	運動療法の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 注意して可 <input type="checkbox"/> 不可	
安静時血圧		/ mmhg			
安静時心拍数		/分			
安静時心電図所見		<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> ST・T異常 <input type="checkbox"/> 心室性不整脈 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			

運動療法処方
 主治医が処方

 連携医療機関で処方

有酸素運動	種類	備考	強度	時間 (量)	頻度
筋トレ	<input type="checkbox"/> トレッド		心拍数__回/分 Borg11~13	__分	__回/週
	<input type="checkbox"/> 自転車エルゴメーター				
	<input type="checkbox"/> ガンレット				
筋トレ	<input type="checkbox"/> 自重運動		__~__回 繰り返し行える強さ	__セット	__回/週
	<input type="checkbox"/> マシントレーニング				
	<input type="checkbox"/> フリーウエイト				

運動療法上の注意点

20 年 月 日	医療機関名	所在地 (〒 -)
	医師名	印