

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 : _____

有酸素運動	種類	強度	時間(量)	頻度
	歩行	心拍数(回/分)	分	回/週
	自転車エルゴメーター	_____回/分		
	その他()	自覚的運動強度	歩	
	ボルグ 11 12 13			
補助運動	種類	強度	時間	頻度
	体操	回 ~ 回	/	回/週
	自重運動(器具なし)			
	マシン	繰り返し行える強さ		
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 33歳 (男)・女

運動療法処方箋（記入例）

下記疾病治療のため、令和〇年〇月から、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 : 軽症高血圧

	種類	強度	時間（量）	頻度
有酸素運動	歩行	心拍数（回/分）	20分 歩	1~2回/週
	自転車エルゴメーター	110回/分		
	その他（ ）	自覚的運動強度 ボルグ 11 12 13		
	種類	強度	時間	頻度
補助運動	体操	20回 ~ 30回 繰り返し行える強さ	/	1回/週
	自重運動（器具なし）			
	マシン			
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

※日本医師会編 運動療法処方せん作成マニュアルを参考にご記入ください。