

ご 依 頼

様は、当施設においてトレーニングの実施を希望されております。お客様より既往症ありの申し出があるため、下記の内容で運動処方につきまして、ご指示をいただきたくお願い申し上げます。

1. 診断名： _____
具体的な症状：(_____)

2. 部位名： _____

3. 服薬の有無： _____ 有 _____ ・ _____ 無 _____

4. 服薬による副作用の有無： _____ 有 _____ ・ _____ 無 _____

※血圧・脈拍等につきましてご記入願います。
具体的な症状：(_____)

5. 施設利用の是非： _____ 可 _____ ・ _____ 不可 _____

6. トレーニング内容についての運動処方(禁止事項に×をつけてください)

① 筋力トレーニング(マシン、ダンベル、フリーウェイト器具などを使用)

・上腕 ・肩 ・胸部 ・広背部 ・腰背部 ・腹部 ・大腿部 ・下腿部

※負荷、強度、頻度につきましてご記入願います。

<制限事項>

<指示事項>

② 有酸素運動

・エアロバイク ・ランニングマシン ・ステップマシン

※血圧、脈拍、時間、種目等につきまして、ご記入願います。

※設定心拍数に達するまで負荷を増加させていく機器の使用の可否につきましてご記入願います。

<制限事項>

<指示事項>

年 月 日

医師

Ⓔ