運動のための医療情報書

（かかりつけの医師とご相談してご自分でご記入ください。）

平成　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女

生年月日　　年　　月　　日（　　）歳

障害名 （原因疾患）	
かかりつけ医療機関	医療機関名（　　） 医師名　（　　）
現在かかっている病気	
運動に関するかかりつけの医師からのご意見	○　**をつけるか、ご記入下さい。** **＜推奨される運動種目＞** ストレッチ・エアロバイク・トレッドミル・筋トレ（体操・マシーン） 水中歩行　　→部位（　　） 水泳（クロール、背泳ぎ、平泳ぎ、バタフライ） その他 （　　） **＜運動制限の有無＞**　有り　・　無し 有りの場合の内容（禁止種目・運動強度・量・運動中止のめやす等） ＜トレーニング＞ 不可　・　条件つきで可　・　自由に可 ⇩ 条件内容（例：血圧上 180 下 100 で運動中止） ＜水中歩行について＞ 不可・条件つきで可・自由に可 ⇩ 条件内容（例：上記に同じ） ＜水泳について＞ 不可・条件つきで可・自由に可 ⇩ （例：上記に同じ）
現在飲んでいる薬	
合併症、留意点、連絡事項はありますか？	

連絡先