**別記様式第1号（第2条関係）　　　　　　　　患者連絡票**　　＊選択する項目には□に✔を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　日(　　　　歳) |
| 疾患名 | 　　　 |
| 運動の可否 | * 可　　　　　　 □　注意して可　　　　　　（１つ回答）
 |
| 適当な運動種目 | □ストレッチ　□歩行(プール含む) □自転車（エアロバイク）　　□運動教室□ウェイトトレーニング　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（複数回答可） |
| 運動上の注意点 |  |
| 頻度 | 回/週 |
| 健康度測定 | **※新規登録者で健康度測定（３，０００円）を受けた場合は、利用料が1年間半額（１回１５０円）になります。** |
| 紹　介　先 | □　上野健康増進センター　　　 　□　千束健康増進センター |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**別記様式第1号（第2条関係）　　　　　　　　　　　　　　患者連絡票**　　＊選択する項目には□に✔を入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　日(　　　　歳) |
| 疾患名 | 　　　 |
| 運動の可否 | * 可　　　　　　 □　注意して可　　　　　　（１つ回答）
 |
| 適当な運動種目 | □ストレッチ　□歩行(プール含む) □自転車（エアロバイク）　　□運動教室□ウェイトトレーニング　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（複数回答可） |
| 運動上の注意点 |  |
| 頻度 | 回/週 |
| 健康度測定 | **※新規登録者で健康度測定（３，０００円）を受けた場合は、利用料が1年間半額（１回１５０円）になります。** |
| 紹　介　先 | □　上野健康増進センター　　　 　□　千束健康増進センター |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |