

(朝霞市健康増進センター提出用)

# 診 断 書

(ふりがな)

氏 名 :

住 所 :

電話番号 :

生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)

性 別 : 男・女

診 断 名 :

所 見 :

上記のリハビリテーションとして朝霞市健康増進センターの温水プール

あるいはトレーニング室での運動が有効であると診断します。

リハビリに要する期間 : 月 日 (※1年間を上限とします)

(推奨する運動が具体的にあれば、以下にご記入ください)

## ご注意

※生活習慣病は健康増進センターでのリハビリ対象にはなりません

※おむつを常用している方のプールのご利用はできません

令和 年 月 日

医療機関名 :

所 在 地 :

電 話 番 号 :

担当医師名 :

⑩