

(朝霞市健康増進センター提出用)

診 断 書

氏 名：

住 所：

電話番号：

生年月日：大正・昭和・平成 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 (※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

平成 年 月 日

医療機関名：

所 在 地：

電 話 番 号：

担当医師名：

印