

かかりつけ医参加意見書

平成 ____年 ____月 ____日

利用者氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ____年 ____月 ____日 (____歳)

医師名 _____

医療機関名 _____

連絡先 _____

健康増進センター“げんき”の利用申込の相談がありましたので、下記のとおり所見します。

利用可

利用不可

【疾患・病態】

脳血管疾患

肥満

高血圧

糖尿病、耐糖能異常

高脂血症

心筋梗塞、

狭心症

骨粗鬆症

肩関節周囲炎、拘縮肩

腰痛症、腰椎ヘルニア

変形性膝関節症

変形性股関節症

リウマチ

骨折(上肢 ・ 下肢)

脊髄損傷

スポーツ障害

運動不足

うつ・ストレス

更年期障害

その他

【特記事項・注意事項】

湯布院厚生年金病院 健康増進センター“げんき”

受理日 平成 ____年 ____月 ____日