

運動指導室依頼書

年 月 日

医療機関名： _____ ご署名： _____

《患者様情報》

氏名 _____ 様 男・女 _____ 歳（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生）

《診断名》

◆身体能力評価

①インボディ測定器による体組成の測定

体重・BMI・体脂肪量（体脂肪率）・骨格筋量（右腕・左腕・体幹・右脚・左脚）・SMI

②体力の評価

サルコペニア診断基準項目の測定

握力・柔軟性（長座位体前屈）・開眼片足立ち時間（左右：上限 60 秒）

歩行速度（1m/秒）・敏捷性（音に対する反応時間）

◆料金

上記の身体能力評価と改善支援については、当院メディカルショップで1回につき1500円（税別）分のチケット購入が必要となります。

◆完全予約制

検査時間および結果説明（改善支援）時間は30～40分程度となります。

予約時間

月・水・金 ①13：00～（1名） ②13：30～（1名）

ご希望の日付と曜日、時間帯を記入の上、お申し込み下さい。

既に予約が入っている場合には再調整が必要な場合がございます。

第1希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時間帯 _____ ～

第2希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時間帯 _____ ～