**主 治 医 様**

**健康運動事業（健幸クラブFine）参加意見書**

　　　　　　　　　　様は、健康運動事業（健幸クラブFine）への参加を希望されております。

つきましては、当事業に参加が可能であるか、主治医様のご意見を賜りますよう、お願い申しあげます。

当事業は、伊達市健康運動事業実施要綱に基づき実施し、健康運動指導士（健康運動実践指導者）の管理下で以下のトレーニングを行います。

|  |  |
| --- | --- |
| トレーニング内容 | ・ストレッチ体操（トレーニング開始時、終了時）・マシンを用いた筋力トレーニング・自重トレーニング　（腕立て伏せ、腹筋運動、背筋運動、スクワットなど）・エアロバイク・トレッドミルによる有酸素運動 |
| 実施時間 | 60分～120分 |
| トレーニング中止基準 | 血圧：180/110mmHg以上安静時心拍数：110/分以上発熱・痛みがある |

＜事務担当＞伊達市高齢福祉課　元気づくり係　電話番号　024-575-1148

**＜記入欄＞**

次の参加希望者は、健康運動事業（健幸クラブFine）に参加が（　可能　･　不可能　）です。

　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　参加希望者名

　　　医療機関名

　　　医師名　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　参加時の条件（負荷・可動域制限等）・不可能の理由など