

환자 체력 경과 보고서

이름: _____ 생년월일: _____ 등록번호: _____

주치의·의뢰한 의료진: _____

진단명: _____

운동 장소(운동시설, 집 등): _____

첫 평가(날짜): _____ 이후 방문(날짜): _____

권고한 운동과 실제로 한 운동

	권고	실제
빈도		
강도		
시간		
종류		

지금까지의 경과와 이룬 목표

신체활동 계획

운동 전문가: _____ 전화: _____ 이메일: _____
(서명)

이 치료 계획을 검토했으며, 체력 훈련 서비스가 계속 필요함을 다시 확인합니다.

☐ 본인의 진료 아래 이 치료 계획에 따라 제공되는 서비스가 필요함을 확인합니다.

☐ 신체활동 계획을 다음과 같이 수정합니다:

☐ 계획을 중단합니다

의뢰한 의료진: _____ 날짜: _____
(서명)