

患者名： 豊富 太郎 殿 (大昭平令 1 年 1 月 1 日生まれ、 30 歳、(男)・女)

※1 必ず医療機関で記入してください。

※2 年をまたぐ場合は、年内と年明けを2枚の指示書に分けてください。

温泉療養指示書

下記疾病の治療のため(療養期間) 30 年 4 月 1 日から 30 年 5 月 31日まで

の 60 日間、(施設名) 豊富町ふれあいセンター (泉質名)：含よう素-ナトリウム-塩化物温泉

において下記の要領を厳守のうえ温泉療養を実施してください。

なお、連携型施設の場合における生活指導を実施する施設は、(施設名) 豊富町ふれあいセンターとします。

記

診断名： アトピー性皮膚炎

併発している傷病名： _____

療養の内容 (療養方法：通所・滞在)

入浴方法： ※3 特に指導が必要ない場合は「現地スタッフの指示に従うこと。」とご記入ください。

湯 温 40℃以下 冷水浴は避ける _____

入浴時間 発汗したら出浴 1回 30 分まで 無理をしない

入浴回数 1日 3 回まで _____

飲 泉 1回につき _____ mL、1日合計 _____ mLまで

その他の注意事項 (必要に応じて飲水。夜間は水分を控えめに。)

※温泉利用指導者から入浴に関する一般的注意事項の指導・助言を受けること。

生活指導

食事指導： 総カロリー摂取量 2000 ~ 2500 Kcal/日

食塩摂取量 6g 以下/日 10g 以下/日

その他 ()

運動指導： 歩行制限 _____ 分以内/日あるいは _____ 歩以内/日

運動浴 _____ 分以内を _____ 回/日まで

その他 (体力に応じて。)

その他

治療中の薬剤 {糖尿病治療薬 (インスリンを含む) や降圧剤など} は継続してください。

杖や補装具、コルセットなどは継続使用して下さい。

その他 ()

医療機関名： _____

所在地： _____

医師名： _____ 印

※4 必ず押印をお願いします。☺