



100 E. Jackson, Suite 201 • Ellensburg, WA 98926 • P 509.925.6220 • F 509.925.6221

PRESCRIPTION

DATE: _____ PHYSICIAN: _____

PATIENT: _____

PATIENT PHONE: _____

DIAGNOSIS: _____

PRECAUTIONS/REMARKS: _____

THERAPY ORDERED: _____

EVAL AND TREAT: _____

Daily _____ OR _____ times per week for _____ weeks.

- | | | |
|---|--|---|
| <p>HEAT</p> <p>___ Hot Packs ___ Ice</p> <p>___ Ultrasound ___ Ice Massage</p> <p>GENERAL</p> <p>___ Control Swelling</p> <p>___ Restore ROM</p> <p>___ Flexibility Training</p> <p>EXERCISE EQUIPMENT</p> <p>___ Biodex/Cybex</p> <p>___ Nautilus</p> <p>___ Universal</p> <p>___ UBE (Upper Body Ergometer)</p> <p>___ Treadmill</p> <p>___ Ankle Board</p> <p>___ Stationary Bike</p> <p>___ Stair Climber</p> <p>___ Leg Press</p> <p>___ Hamstring Curl</p> <p>SPORTS TRAINING</p> <p>___ Preventive Taping</p> <p>___ Brace Fitting</p> <p>___ Patella/Ankle Stabilization</p> <p>___ Brace</p> <p>___ Motion Studies</p> <p>SPINE</p> <p>___ Cervical or Pelvic Traction</p> <p>___ Back School Programs</p> <p>___ Massage</p> <p>___ Friction Massage</p> | <p>TRAINING/EVALUATION</p> <p>___ Indep. Rehab Program</p> <p>___ Gait Training</p> <p>___ Stretching</p> <p>___ General Conditioning</p> <p>___ Short Toss</p> <p>___ Long Toss</p> <p>___ Throwing Mechanics</p> <p>MODALITIES</p> <p>___ Iontophoresis _____</p> <p>___ Phonophoresis _____</p> <p>___ Stimulation _____</p> <p>___ TENS _____</p> <p>MANUAL THERAPY</p> <p>___ ROM</p> <p>___ Joint Mobilization</p> <p>___ Massage</p> <p>___ Friction Massage</p> <p>___ Post-op Back</p> <p>___ Post-op Rot. Cuff</p> <p>___ Post-op Shoulder Instability</p> <p>___ Post-op ACL</p> <p>___ Post-op Knee Arthroscopy</p> <p>___ Post-op Shoulder Arthroscopy</p> | <p>EX. PROTOCOLS</p> <p>___ Basic Back</p> <p>___ Basic Knee</p> <p>___ Ant. Knee Pain</p> <p>___ Adv. Closed Chain Knee</p> <p>___ Basic Shoulder/R.C.</p> <p>___ C-Spine Ex.</p> <p>___ Medial/Lateral Epicondylitis</p> <p>___ Ankle Ex.</p> <p>___ Lower Extremity Stretching</p> <p>___ TKR</p> <p>___ THR</p> <p>___ TSR</p> <p>THERAPEUTIC EXERCISE</p> <p>___ AAROM</p> <p>___ AROM</p> <p>___ PROM</p> <p>___ Resistive Muscle Strengthening</p> <p>___ Muscle Sets</p> <p>___ SLR</p> <p>___ Isometrics</p> <p>___ Isokinetic</p> <p>___ Closed Kinetic Chain</p> <p>___ Theraband/Surg Tubing/ Sport Cord</p> <p>___ Proprioception</p> <p>___ Rehab. Protocol _____</p> |
|---|--|---|

Certification: I certify that the above-named patient is in need of physical therapy services.

Signature: _____