

< 検査連絡票 > 検査予定日時、検査施設は下記のようにしております。

検査日時	20 年 月 日 () 午前・午後 時 分 来院
検査施設	西の京病院

※ 時間厳守の程、お願い申し上げます。

● 負荷心電図(トレッドミル)検査について

負荷心電図(トレッドミル)検査は、回転するベルトの上を歩く、または走って頂く検査です。
運動して頂くことにより安静時心電図検査では見つけにくい心電図変化や運動量を調べる検査です。

● 検査における注意事項

- ① 検査中に嘔吐や腹痛の原因にもなりますので、検査2時間前より何も食べないでください。
- ② 検査日の服装は軽装(スホントパンなど)でお越しください。また、汗をかきますのでタオルをご持参ください。
- ③ 運動は基本素足で行いますが、上履きをご用意して頂いてもかまいません。
- ④ 検査日時の変更や予約時間に遅れる場合はご連絡ください。

● 検査当日について

- ① 検査当日は **西の京病院** の1階受付にお越しください。
- ② 検査の状況によっては、多少時間がずれることがありますので予めご了承をお願いします。
来院できない場合は、事前に当院までご連絡ください。

< シャトルバス案内 >

【運行時間】

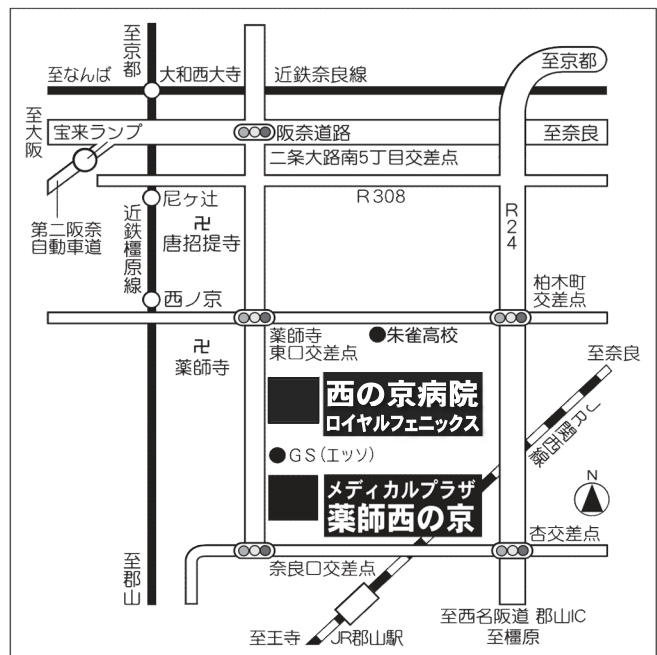
8:00~16:00



【のりば】

- ・近鉄 大和西大寺駅 南口 (毎時00、20、40分発)
- ・奈良交通 西ノ京駅バス停 (毎時10分発)
- ・近鉄 近鉄郡山 アスモ前 (毎時40分発)
- ・JR 郡山駅 西口 (毎時35分発)

< アクセスマップ >



< 紹介先医療機関 > 医療法人 康仁会

西の京病院

検査日時	20 年 月 日 ()	時 分
------	--------------	-----

次回診察予定日	月 日 AM ・ PM
---------	-------------

< 紹介元医療機関 >

(フリガナ)			
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来 ・ 入院 (病棟名)	紹介医師名	

検査項目	・ 負荷心電図(トレッドミル)検査
------	-------------------

臨床診断	
主訴	

< 現病歴・検査成績・手術既往歴等 >

--

医療法人 康仁会	西の京病院	TEL	0742 - 35 - 2219	FAX	0742 - 35 - 2106
----------	-------	-----	------------------	-----	------------------

◆ 診療情報提供書 ◆
負荷心電図検査(トレッドミル)依頼書

お申込日 年 月 日

< 紹介先医療機関 > 医療法人 康仁会

西の京病院

検査日時	20 年 月 日 ()	時 分
------	--------------	-----

次回診察予定日	月 日 AM ・ PM
---------	-------------

< 紹介元医療機関 >

(フリガナ)			
氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来 ・ 入院 (病棟名)	紹介医師名	

検査項目	・ 負荷心電図(トレッドミル)検査
------	-------------------

臨床診断	
主訴	

< 現病歴・検査成績・手術既往歴等 >

医療法人 康仁会	西の京病院	TEL	0742 - 35 - 2219	FAX	0742 - 35 - 2106
----------	-------	-----	------------------	-----	------------------

負荷心電図(トレッドミル)検査 同意書

1. 検査の必要性について

これから受ける運動負荷心電図検査は、心臓に動脈血を送る血管である冠動脈に動脈硬化がないかどうかあるいは運動に対する心臓予備能力を知るために行う検査です。

2. 検査方法

自動式のベルトの上を歩く、あるいは走っていただきます。

3. 起こりうる合併症

運動し、心臓に負荷をかける検査です。ごくまれに心臓発作(心筋梗塞や不整脈など)を起こす事があります。転倒しそうになったり、何か症状が出現したら、運動は止めますのですぐにお知らせください。日本心電図学会の報告では運動負荷により、緊急入院や心筋梗塞などを発症するのは43,000例中1例(0.0023%)であり、合併症で死亡するのは264,000例中1例(0.00038%)とされています。そのような事態が起こらないよう最善の注意をします。

年 月 日

医療法人康仁会 西の京病院 医師

私は 年 月 日に予定されている運動負荷心電図(トレッドミル)検査の必要性と合併症や注意事項について説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。本同意書については、本人の同意と日付を優先とします。

年 月 日

本人 : 現住所

氏名 ① 生年月日 年 月 日

親族 : 現住所

氏名 ① 生年月日 年 月 日

※ 患者様ご本人・ご親族・医師の署名捺印後、コピーを患者様にお渡しし、右欄に確認押捺、原本をカルテに保存すること。(100503)

コピー
お渡し

医療法人 西の京病院
康仁会