**ダイレクト予約システム**

**「トレッドミル運動負荷試験＋心臓エコー」**

**紹介医院：　　　　　　　　　　　　　　患者氏名：**

**生年月日：**

**検査日時：令和　　年　　月　　日　　　時**

|  |
| --- |
| **問診欄** |

**＊どちらかに○／あれば具体的に記入してください。**

**１．過去に同じような検査をして何か症状が出たことがありますか？**

**ない　　　ある／**

**２．今までかかった病気や怪我はありますか？**

**ない　　　ある／**

**３．現在治療中の病気や呑んでいる薬がありますか？**

**ない　　　ある／**

**４．該当する方は、レをつけてください。**

**□不整脈・狭心症など、心臓が悪いと言われている方。又は胸痛・動悸などの症状がある方**

**□糖尿病でインシュリン注射や血糖降下剤をご使用の方**

**□何らかの歩行障害のある方**

|  |
| --- |
| **トレッドミル運動負荷試験を受けられる方へ** |

**①検査前１２時間は激しい運動は避けてください。**

**②十分睡眠をとり、くつろいだ状態で試験を受けてください。**

**③食事直後の試験は好ましくありません。朝７時半頃までに済ました方が良いです。**

**④試験は準備から終了まで約３０分位かかります。**

**⑤汗をかくことがありますので、多汗症の方はタオルを持参してください。着替えをお持ちになると良いと思います。**

**⑥検査結果は当日かかりつけ医宛のご返事をお渡し致しますので、かかりつけ医にお聞き下さい。**

**⑦何らかの事情で検査を取り消す場合は、かかりつけ医にご連絡ください。**

**国立病院機構　沼田病院**