

負荷心電図検査予約票

氏 名 _____ 様

生年月日(M・T・S・H) _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別 (男性・女性)

《検査日時》 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)
午前・午後 _____ 時 _____ 分

【お願い・注意事項】

- ★ 検査予定時間の20分くらい前までに、総合受付(1階)にて受け付け後、2階の生理検査室におこしてください。(検査開始まで安静にさせていただくためです。)
- ★ 検査当日は、朝から薬(心臓や血圧関係)の服用を避けてください。
(詳細は、担当医師にお尋ねください。)
- ★ 検査前日から激しい運動は避けてください。
- ★ 検査時間は40分くらいです。
- ★ 検査当日は、歩きやすい服装でおこしてください。また、汗拭き用のタオルをご用意ください。
(検査は上半身裸、裸足で行います。運動着や運動靴は必要ありません。)
- ★ 検査の都合上、時間が若干前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

柏市立柏病院

《地域医療支援センター》

電話番号 04 (7134) 1503

FAX番号 04 (7134) 1504

代表番号 04 (7134) 2000

<http://www.kashiwacity-hp.or.jp>