

# 負荷心電図検査予約票

氏 名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 (M・T・S・H・R) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
\_\_\_\_\_ 日

《検査日時》 20 \_\_\_\_\_ 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越しください。（検査開始まで安静にしてください。）
- 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越しください。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。
- 当日、急用等でご来院いただけない場合は、お早めに下記までご連絡下さい。

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>