運動負荷測定のご案内

保健センターでは、医療機関（主治医）からの依頼による運動負荷測定を、次のように実施しています。

1．実施状況

日　時：　毎週火曜日　1:30、2:00、2:30、3:00　　各1名

内　容：　問診・トレッドミル運動負荷測定・ 結果説明（所要時間60分）

場　所：　世田谷区保健医療福祉総合プラザ　世田谷区立保健センター

料　金：　2,000円　　※ 保険証は必要ありません

2．測定の流れ

（1）　申し込み　［ 医療機関 → 保健センター運動負荷測定 ］

医療機関（主治医）から**電話でご予約**ください。

（2）　依頼書と提供いただく検査結果の送付　［ 医療機関 → 保健センター ］

予約日の前週の月曜日までに FAX して ください。

（3）　案内通知送付　［ 保健センター → 測定受診者 ］

測定日程、当日の注意事項等を測定受診者にお知らせします。

（4）　運動負荷測定・結果説明

保健センターで実施し、**担当医から受診者に結果を説明**します。

（5）　結果報告書

保健センターの**担当医から医療機関へ測定結果を報告**します。

※当日受診された方に主治医様宛の結果書類をお持ちいただきます。

問い合わせ・申し込み先　：　（公財）世田谷区保健センター　運動負荷測定

電話03-6265-7463　　FAX　03-6265-7429

（公財）世田谷区保健センター

運動負荷測定依頼書

●医療機関名

依頼医師名

住　　所

電話番号

予約日	年　月　日
予約時間	午後　時　分

●下記の方を運動負荷測定に依頼します。

（ふりがな）

患者氏名:　　性別：男・女

生年月日: 大正・昭和・平成　年　月　日生（　歳）

住　　所:　区　丁目　番　号

電話番号:

●該当事項にご記入ください

1.　既往症

2.　主訴ならびに現症

3.　検査目的

4.　治療中の疾患・内服状況

運動負荷測定実施にあたり
情報提供いただきたい検査項目

検査項目		検査結果
身体計測		身長　　cm　　体重　　kg
問診・理学的診察所見		
血圧		／　　mmHg
尿定性検査	糖	
	蛋白	
	潜血	
総コレステロール／LDLコレステロール		
HDLコレステロール		
LDLコレステロール		
中性脂肪		
AST(GOT)		
ALT(GPT)		
γ-GT(GTP)		
尿酸		
クレアチニン		
血糖　／　HbA1c		
白血球数		
貧血	赤血球数	
	血色素量(ヘモグロビン)	
	ヘマトクリット値	
1)心電図所見		
2)胸部X線		1. 異常なし 2. 所見あり(所見を記載ください) （　　）

(注1)心電図は、心電図記録用紙もしくは医師の所見を記載ください。

(注2)胸部X線は、撮影フィルムもしくは医師の所見を記載ください。

運動負荷測定のお知らせ

1. 測定日時　**月 日　（　　）　時 分**

※　密集をさけるため、時間と定員を制限しております。
　　時間厳守でお願いいたします。

2. 料　　金　**2,000 円**

＊ 会計は２階保健センター窓口になります。
＊　会計時にこちらの用紙をご提示ください。

3. 持ち物

☐ **健診検査結果の原本**
お忘れになられますと当日ご受診いただけません。
なお、以下の方は**不要**です。
※事前にご提出いただいている方
※健康度測定を１年以内にご受診の方
※医療機関よりご予約の方

☐ **薬手帳･薬袋など**
医療機関へ通院中で、服薬のある方

☐ **お食事等について**
測定の２時間前に食事・タバコ等を済ませてください。

☐ **運動しやすい服装**
運動しながら心電図・血圧測定を行いますので、 必ず半袖のシャツなどをご用意ください。
※女性の方は下着を着用ください。（ﾎﾞﾃﾞｨｰｽｰﾂ不可）

☐ **運動靴･タオル**
運動靴は上履きもしくは底が綺麗なもの

4. 注意事項　　お体の状態によっては、医師の判断のもと検査を中止させていただく場合がございます。

公益財団法人世田谷区保健センター
世田谷区松原６－３７－１０
世田谷区立保健医療福祉総合プラザ２・３階
TEL：03-6265-7463