

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 午後1:30～3:30

(予約時間 1:30 2:00 2:30 3:00 各1名)

人数： 4名 ※測定時間は1名約60分

内容： 問診・トレッドミル運動負荷測定・結果説明

場所： 保健センター

料金： 2,000円(保健センターの料金規定による) ※ 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 → 保健センター健康増進係]

医療機関(主治医)から健康増進係へ電話で予約してください。

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

予約日の前週の月曜日までに健康増進係宛に FAX してください。

(3) 案内はがき送付 [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。

※当日受診者の方に主治医様宛の結果封書を渡し、主治医様に届けるようお話しします。

問い合わせ・申し込み先： (公財)世田谷区保健センター 健康増進係

電話3410-9101 (内)340 FAX 3410-9978

(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	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-GTP			
尿酸			
クレアチニン			
血糖 / HbA1c			
白血球数			
貧 血	赤血球数		
	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(所見を記載下さい) ()	

(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下さい。

(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下さい。

