

フリガナ		男・女
患者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
連絡のとれる電話番号		

紹介元医療機関名
所在地・電話番号
医師名

予約日時	午前	予約時間の 20分前 に
月 日 ()	午後	来所してください
	時 分	

★ 次の項目について確認をお願いします

次の方は検査ができません ・妊娠している又は妊娠の可能性がある方 ◎現在妊娠中又は妊娠の可能性 (有・無)	次の方は造影検査ができません ・過去に造影検査で副作用が出現した方 ・気管支喘息の既往がある方 ・重度アレルギー疾患のある方 ・腎機能障害のある方 ・重篤な甲状腺疾患のある方 ・褐色細胞腫の疑いのある方
次の方は検査ができない場合があります ・IDC(埋め込み型除細動器)を使用している方 ・血糖測定器及び関連装置を装着している方	次の方は造影検査ができない場合があります ・ピグアナイド系糖尿病薬を休薬できない方

造影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一任※1 Cre mg/dl 記入してFAX してください。 03-5974-7210	検査部位	頭部	副鼻腔	側頭骨	造影剤を必ず使用する検査
		頸部	頸椎		胸部血管
		胸部			腹部血管
		上腹部(肝胆膵腎)	下腹部(骨盤内臓器)	上~下腹部	骨盤部血管
		胸椎	腰椎		下肢動脈
		四肢 ()	その他 ()		

※1 造影一任の場合でも「造影検査」としてご予約ください

検査目的	感染症
	<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tb

結果	☆ご希望に☑をご記入ください	☐ 予約時にお伝えください	
	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 読影レポート・画像 後日配送 (3日程度)	<input type="checkbox"/> 画像のみ持ち帰り (読影レポート後日配送) (15分程度)

センター記入欄				
撮影部位	造影	その他		数量
頭頸部	有	イオパミロン 300ml	シリンジ	
		生食 20ml		
躯幹	(抜針 :)			
	フィルム	CD	担当医師	担当技師
四肢・他				

撮影条件	Kv	mA	Sec	ID :	医療法人財団	豊島健康診査センター
				氏名 :	画像検査室	03-5974-7206
					様	

フリガナ		男・女
患者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
連絡のとれる電話番号		

紹介元医療機関名

所在地・電話番号

医師名

予約日時 月 日 () 午前 午後 時 分 予約時間の**20分前**に
来所してください

★ 次の項目について確認をお願いします

次の方は検査ができません

- ・妊娠している又は妊娠の可能性がある方
◎現在妊娠中又は妊娠の可能性 (有 ・ 無)

次の方は検査ができない場合があります

- ・IDC(埋め込み型除細動器)を使用している方
- ・血糖測定器及び関連装置を装着している方

次の方は造影検査ができない場合があります

- ・ビグアナイド系糖尿病薬を休薬できない方

次の方は造影検査ができません

- ・過去に造影検査で副作用が出現した方
- ・気管支喘息の既往がある方
- ・重度アレルギー疾患のある方
- ・腎機能障害のある方
- ・重篤な甲状腺疾患のある方
- ・褐色細胞腫の疑いのある方

造影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一任※1 Cre mg/dl 記入してFAX してください。 03-5974-7210	検査部位	頭部	副鼻腔	側頭骨	造影剤を必ず使用する検査
		頸部	頸椎		胸部血管
		胸部			腹部血管
		上腹部(肝胆膵腎)	下腹部(骨盤内臓器)	上~下腹部	骨盤部血管
		胸椎	腰椎		下肢動脈
		四肢 ()	その他 ()		

※1 造影一任の場合でも「造影検査」としてご予約ください

検査目的	感染症 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tb
------	--

結果	☆ご希望に☑をご記入ください			☐ 予約時にお伝えください
	☐ CD ☐ フィルム	☐ 読影レポート・画像 後日配送 (3日程度)	☐ 画像のみ持ち帰り (読影レポート後日配送) (15分程度)	☐ 読影レポート・画像 持ち帰り (40分程度)

センター記入欄				
撮影部位	造影	その他		数量
頭頸部	有	イオパミロン 300ml	シリンジ	
		生食 20ml		
躯幹	(抜針 :)			
		フィルム	CD	担当医師
				担当技師
四肢・他				
撮影条件	Kv	mA	Sec	

フリガナ		男・女
患者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	
連絡のとれる電話番号		

紹介元医療機関名

所在地・電話番号

医師名

予約日時

月 日 () 午前 午後

時 分

予約時間の**20分前**に
来所してください

★ 次の項目について確認をお願いします

次の方は検査ができません

- ・妊娠している又は妊娠の可能性がある方
◎現在妊娠中又は妊娠の可能性 (有 ・ 無)

次の方は検査ができない場合があります

- ・IDC(埋め込み型除細動器)を使用している方
- ・血糖測定器及び関連装置を装着している方

次の方は造影検査ができない場合があります

- ・ビグアナイド系糖尿病薬を休薬できない方

次の方は造影検査ができません

- ・過去に造影検査で副作用が出現した方
- ・気管支喘息の既往がある方
- ・重度アレルギー疾患のある方
- ・腎機能障害のある方
- ・重篤な甲状腺疾患のある方
- ・褐色細胞腫の疑いのある方

造影	検査部位	頭部	副鼻腔	側頭骨	造影剤を必ず使用する検査
<input type="checkbox"/> 無		頸部	頸椎		胸部血管
<input type="checkbox"/> 有		胸部			腹部血管
<input type="checkbox"/> 一任※1		上腹部(肝胆膵腎) 下腹部(骨盤内臓器) 上~下腹部			骨盤部血管
Cre mg/dl		胸椎	腰椎		下肢動脈
記入してFAX してください。 03-5974-7210		四肢 () その他 ()			

※1 造影一任の場合でも「造影検査」としてご予約ください

持ち物

保険証・検査依頼書

所要時間

およそ30分。検査の内容により異なります。
予約時間前にご来所できない場合は日程変更をお願いすることがあります。

検査費用

	造影しない場合	造影した場合
3割負担の方	約 6,000円	約 12,000円

* 検査部位・フィルム枚数によっても異なります

食事制限

おなか(腹部)の検査の方・造影検査の方のみ(その他の方は飲食の制限はありません)

午前の検査の場合



朝ごはん抜き

午後の検査の場合



昼ごはん抜き

* 水分(お水のみ)は飲んでも大丈夫です

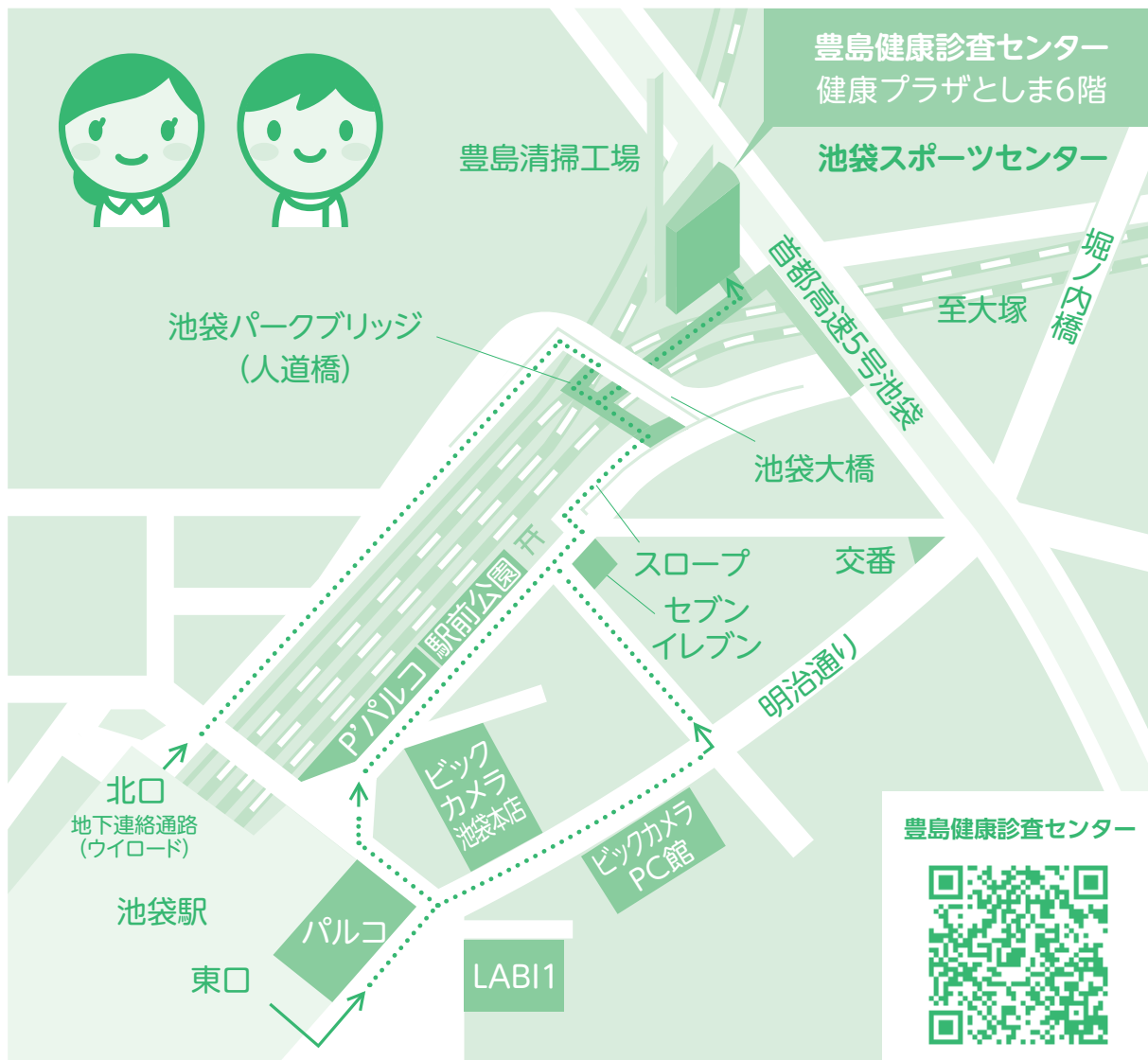
地図・連絡先は裏面参照

豊島健康診査センター 案内図

豊島区上池袋2-5-1 健康プラザとしま6階

TEL 03-5974-7206

FAX 03-5974-7210



豊島健康診査センターへお越しの方は

東口からは

1. 東口、三井住友信託銀行わきの横道に入り、P'パルコ前の道を線路ぎわに進みます。
2. セブンイレブン左前のスロープ(池袋パークブリッジ)を昇り、JRの線路を越えてスロープを降り、線路わきの歩道に出ます。
3. 建物にそって進むと左側に正面入口があります。

北口(西口から北口方面へ)は

1. 北口から線路ぞいの歩道を歩き、池袋大橋わきの階段を昇ります。
2. そのまま歩道を進み、初めの階段を降りて左に曲がり、さらにスロープを降りて線路わきの歩道に出ます。
3. 建物にそって進むと左側に正面入口があります。

お車では

- 川越街道からは東急ハズ前を六ツ又陸橋側道に入り、明治通りを王子方面に曲がります。堀ノ内橋を渡った所の信号を左折するとJR線路わきを通ってセンター正面口前の道に出ます。
- 明治通り・春日通り・池袋大橋からは六ツ又陸橋から同じ順路です。