

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

次の方は検査を受けられません	次の方は造影検査ができません	次の方は検査ができない場合があります
<ul style="list-style-type: none"> ペースメーカー及びICDを使用している方 体内植込型医療機器及び検査時外せない医療機器を使用の方 人工内耳を使用している方 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) パウダータイプの髪染め、増毛剤使用の方 血糖測定器及び関連装置を装着している方 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 脳動脈クリップ 有・無 外科的クリップ 有・無 整形外科的金属 有・無 磁石式のインプラント 有・無 刺青 有・無 人工弁 有・無 閉所恐怖症 有・無 重症不整脈の可能性 有・無

造影	検査部位	頭部	頭部MRI	頭部MRI+A	VSRAD	その他()
		<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	頸椎 胸椎 腰椎 肩関節(右・左) 膝関節(右・左) 股関節(右・左) () 頸部MRI 頸部MRA 頸部MRI+A 甲状腺 その他() 胸部 乳房 肝胆膵(MRCP用経口造影剤 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)*2 腎臓 骨盤腔(最終月経 / ~ /)*3 前立腺			

※1 造影一任の場合でも「造影検査」としてご予約ください ※2 何れかにご記入ください ※3 月経のある方のみご記入ください

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 <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください		
	<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)

読影レポート・画像
持ち帰り
(40分程度)

↑ 予約時にお伝えください

センター記入欄				造影	その他	数量
撮影部位	頭部	頸椎	頸部	有 (抜針 :)	プロハンス・シリンジ (13ml ・ 17ml)	
	胸部	胸椎	心臓		MRI用経口造影剤 ボースデル 250ml	
	腹部	腰椎	乳房	プリモビスト・シリンジ 10ml		
	骨盤部	股関節		生食 20ml		
	肩関節	膝関節	右・左	ヘパフラッシュ 10単位 10ml		
その他 ()				フィルム	CD	担当医師 担当技師
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

次の方は検査を受けられません	次の方は造影検査ができません	次の方は検査ができない場合があります																
<ul style="list-style-type: none"> ペースメーカー及びICDを使用している方 体内植込型医療機器及び検査時外せない医療機器を使用の方 人工内耳を使用している方 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) パウダータイプの髪染め、増毛剤使用の方 血糖測定器及び関連装置を装着している方 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<table border="1"> <tr><td>脳動脈クリップ</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>外科的クリップ</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>整形外科的金属</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>磁石式のインプラント</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>刺青</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>人工弁</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>閉所恐怖症</td><td>有・無</td></tr> <tr><td>重症不整脈の可能性</td><td>有・無</td></tr> </table>	脳動脈クリップ	有・無	外科的クリップ	有・無	整形外科的金属	有・無	磁石式のインプラント	有・無	刺青	有・無	人工弁	有・無	閉所恐怖症	有・無	重症不整脈の可能性	有・無
脳動脈クリップ	有・無																	
外科的クリップ	有・無																	
整形外科的金属	有・無																	
磁石式のインプラント	有・無																	
刺青	有・無																	
人工弁	有・無																	
閉所恐怖症	有・無																	
重症不整脈の可能性	有・無																	

造影	検査部位	頭部	頭部MRI	頭部MRI+A	VSRAD	その他()
		整形領域	頸椎	胸椎	腰椎	その他
<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	頸部	頸部MRI	頸部MRA	頸部MRI+A	甲状腺	その他()
	躯幹	胸部	乳房			
		肝胆膵(MRCP用経口造影剤 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)※2	腎臓			
		骨盤腔(最終月経 / ~ /)※3	前立腺			

※1 造影一任の場合でも「造影検査」としてご予約ください ※2 何れかにご記入ください ※3 月経のある方のみご記入ください

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 <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください		
	<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)

 読影レポート・画像
 持ち帰り
 (40分程度)

↑ 予約時にお伝えください

センター記入欄				造影	その他	数量
頭部	頸椎	頸部	MRI	有 (抜針 :)	プロハンス・シリンジ (13ml ・ 17ml)	
胸部	胸椎	心臓	MRA		MRI用経口造影剤 ポースデル 250ml	
腹部	腰椎	乳房	VSRAD		プリモビスト・シリンジ 10ml	
骨盤部	股関節		MRCP		生食 20ml	
肩関節	膝関節		右・左		ヘパフラッシュ 10単位 10ml	
その他	()			フィルム	CD	担当医師 担当技師

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

次の方は検査を受けられません	次の方は造影検査ができません	次の方は検査ができない場合があります
<ul style="list-style-type: none"> ペースメーカー及びICDを使用している方 体内植込型医療機器及び検査時外せない医療機器を使用の方 人工内耳を使用している方 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) パウダータイプの髪染め、増毛剤使用の方 血糖測定器及び関連装置を装着している方 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 脳動脈クリップ 有・無 外科的クリップ 有・無 整形外科的金属 有・無 磁石式のインプラント 有・無 刺青 有・無 人工弁 有・無 閉所恐怖症 有・無 重症不整脈の可能性 有・無

造影	検査部位	頭部	頭部MRI	頭部MRI+A	VSRAD	その他()
		整形領域	頸椎	胸椎	腰椎	その他
<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	頸部	頸部MRI	頸部MRA	頸部MRI+A	甲状腺	その他()
	躯幹	胸部	乳房			
		肝胆膵(MRCP用経口造影剤 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)※2	腎臓			
		骨盤腔(最終月経 / ~ /)※3	前立腺			

※1 造影一任の場合でも「造影検査」としてご予約ください ※2 何れかにご記入ください ※3 月経のある方のみご記入ください

持ち物

保険証・検査依頼書

所要時間

およそ60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 8,000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

その他

アクセサリ・時計・ヘアピンなどの貴金属類はすべて外していただきます。
脳動脈・外科的クリップ、整形外科的金属、磁石式インプラント、人工弁で使用種類が不明な場合は処置を受けた医療機関へ必ず確認をお願いします

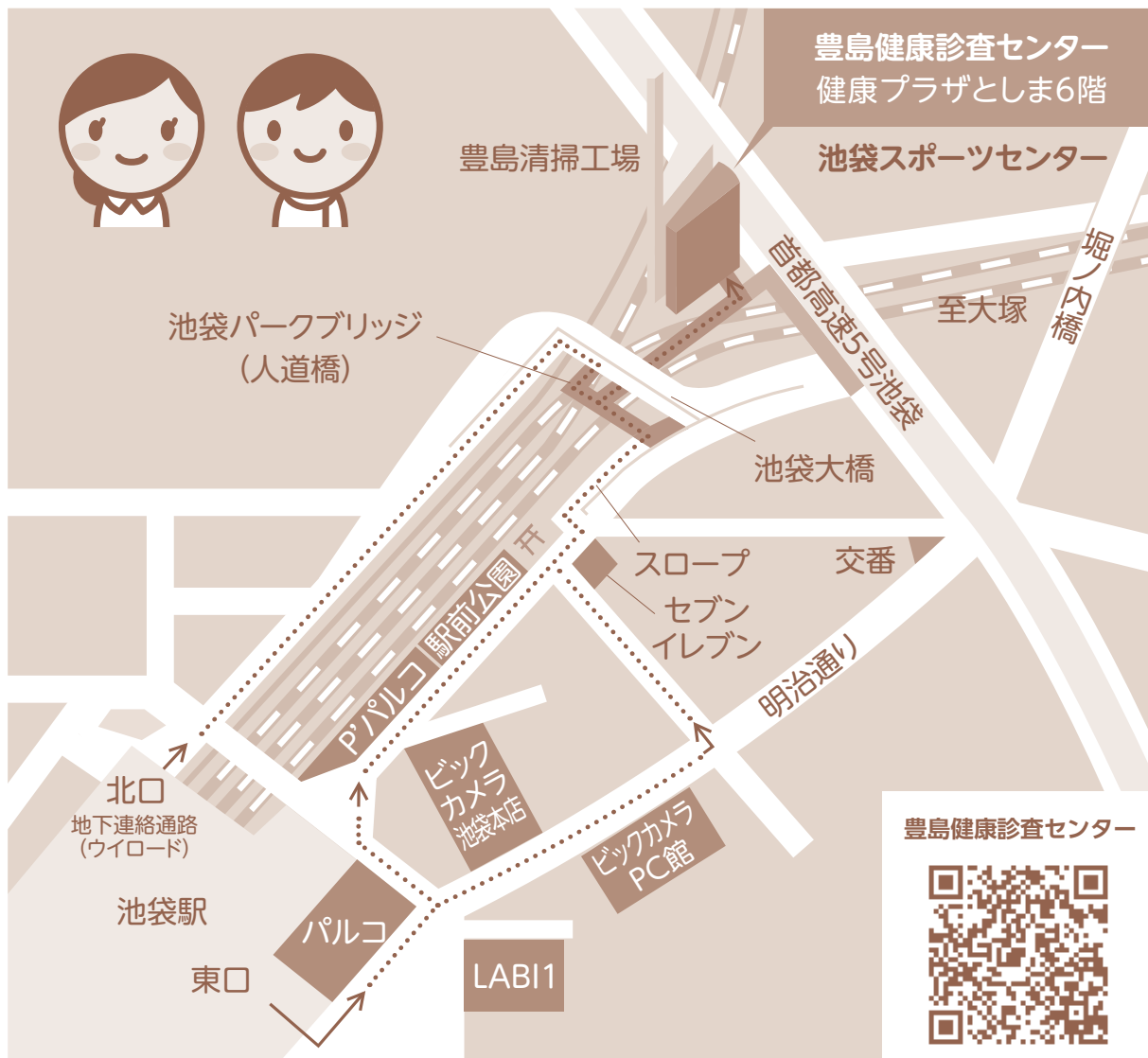
地図・連絡先は裏面参照

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。