

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 <b>20分前</b> 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	次の方はマンモグラフィー検査ができないことがあります
・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)	・豊胸手術 (ヒアルロン酸 脂肪注入等も含む)
・血糖測定器及び 関連装置を装着している方	・ペースメーカー
	・授乳中及び断乳6か月以内
	・CVポート留置
	・水頭症VPシャント術後

## 検査内容

## 検査目的

## 結果

☆ご希望に☑をご記入ください

 CD 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)

予約時にお伝えください

## センター記入欄

検査内容	方向	フィルム	枚数	曝射回数	CD	薬剤	数量
胸部		半切 B4	枚	回	枚	<input type="checkbox"/> バリウム	150ml
						<input type="checkbox"/> バリウム	100ml
胃透視						<input type="checkbox"/> 発泡剤	5g
マンモグラフィー						<input type="checkbox"/> 消泡剤	2ml
骨塩定量						<input type="checkbox"/> プルゼニド	2錠
撮影条件	Kv	mAs	cm	grid	担当医師	担当技師	

医療法人財団 豊島健康診査センター 画像検査室

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 <b>20分前</b> 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	次の方はマンモグラフィー検査ができないことがあります
・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)	・豊胸手術 (ヒアルロン酸 脂肪注入等も含む)
・血糖測定器及び 関連装置を装着している方	・ペースメーカー
	・授乳中及び断乳6か月以内
	・CVポート留置
	・水頭症VPシャント術後

## 検査内容

## 検査目的

## 結果

☆ご希望に☑をご記入ください

 CD 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)

↑ 予約時にお伝えください

## センター記入欄

検査内容	方向	フィルム	枚数	曝射回数	CD	薬剤	数量
胸部		半切				<input type="checkbox"/> バリウム	150ml
						<input type="checkbox"/> バリウム	100ml
胃透視		B4			枚	<input type="checkbox"/> 発泡剤	5g
						<input type="checkbox"/> 消泡剤	2ml
マンモグラフィー						<input type="checkbox"/> プルゼニド	2錠
骨塩定量			枚	回		担当医師	担当技師
撮影条件	Kv	mAs	cm	grid			

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 <b>20分前</b> 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	次の方はマンモグラフィー検査ができないことがあります
・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) ・血糖測定器及び 関連装置を装着している方	・豊胸手術 <input type="checkbox"/> 予約時にお伝えください (ヒアルロン酸 脂肪注入等も含む) 有・無
	・ペースメーカー 有・無
	・授乳中及び断乳6か月以内 有・無
	・CVポート留置 有・無
	・水頭症VPシャント術後 有・無

## 検査内容

## 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

3割負担の場合

マンモグラフィー	骨密度	レントゲン	バリウム
約 4,000円	約 2,500円	約 3,000円	約 6,000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

バリウム検査の方のみ(その他の方は飲食の制限はありません)

- \* 前日夜9時までには食事を済ませてください
- \* 前日夜9時以降「水」は飲んでも差し支えありません
- \* 当日、検査3時間前までは100ml以内の「水」であれば飲んでも差し支えありません

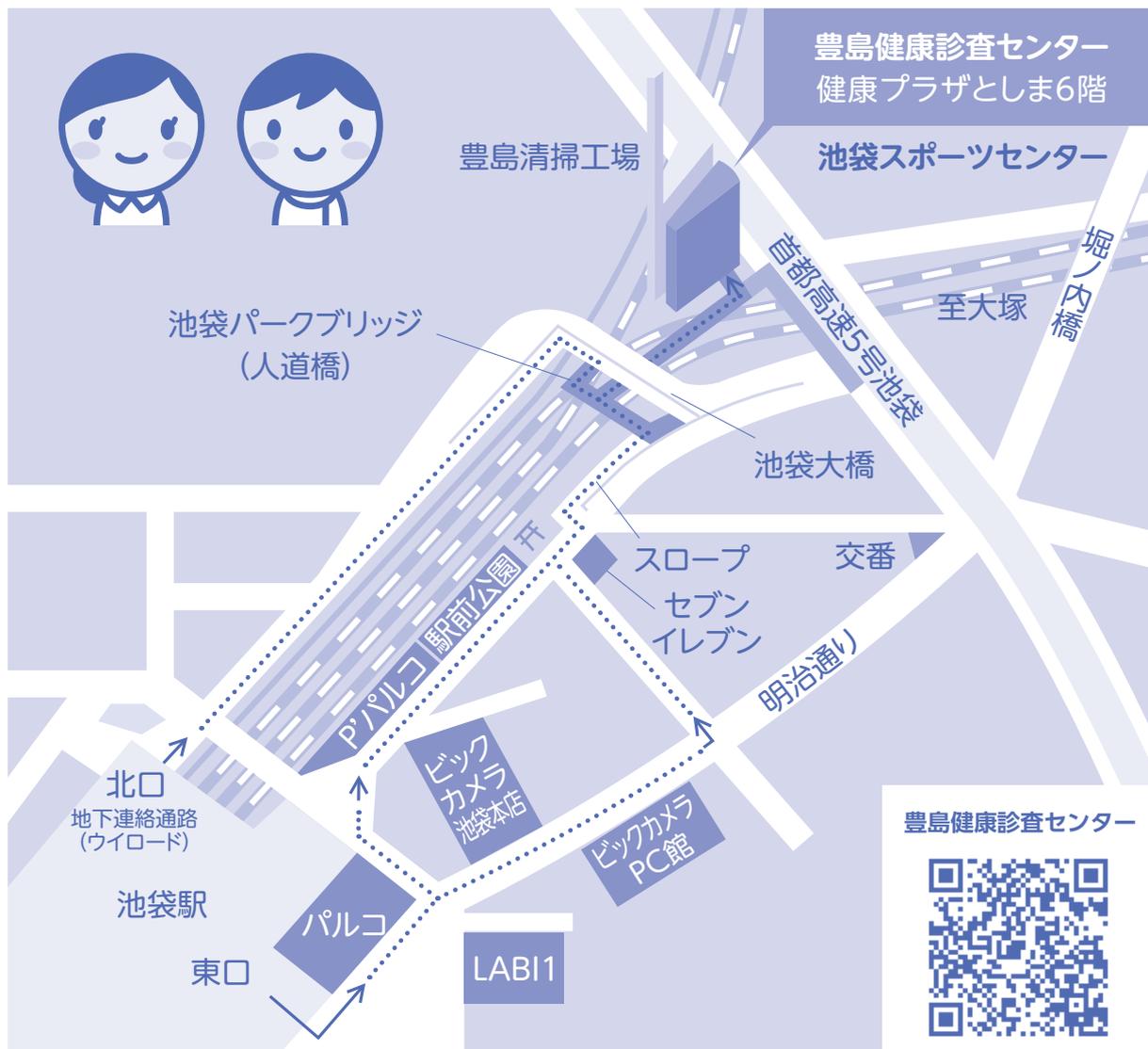
地図・連絡先は裏面参照

# 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ンス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。