

豊島健康診査センター

4月4日発行

平成25年4月から6月までの、内視鏡および超音波検査の日程をお知らせいたします。



内視鏡検査（火曜日・金曜日）

日程	方法	担当医師	日程	方法	担当医師	日程	方法	担当医師
4月 9日	経鼻	宮本	5月 7日	経鼻	宮本	6月11日	経鼻	宮本
4月16日	経鼻	宮本	5月17日	経口	飯塚	6月14日	経口	飯塚
4月19日	経口	飯塚	5月21日	経鼻	宮本	6月18日	経鼻	宮本
4月23日	経鼻	宮本	5月24日	経口	飯塚	6月25日	経鼻	宮本
4月26日	経口	飯塚	5月28日	経鼻	宮本	6月28日	経口	飯塚

※ご希望により火曜日も経口を実施いたします。

【内視鏡検査を受ける方への説明のお願い】

受診者の方へ従来の説明に加えて

脱水予防と胃粘液除去のため、起床時すぐに**コップ1杯のお水**を飲んでご来所されますようご指導の程お願いいたします。



心臓超音波検査（金曜日）

日程	担当医師	日程	担当医師	日程	担当医師
4月12日	新井	5月10日	新井	6月14日	新井
4月26日	新井	5月17日	新井	6月28日	新井

※担当医師が変更になる場合もあります。



超音波検査（火曜日・金曜日）

腹部・甲状腺・乳腺

※腹部超音波検査は午前中のみとなります。

予約受付電話番号 **03-5974-7206**
月曜日～金曜日 8:00～19:30
土曜日 8:00～16:30

お問い合わせ電話番号(医療機関専用) **03-5974-7203**
月曜日～金曜日 8:30～19:30
土曜日 8:30～16:30

MRI・CT検査は月曜・金曜の夜間19時まで検査時間を延長しています



心臓MRI検査のご案内

2013年5月7日より、心臓MRI検査を開始いたします。

撮影は、毎週火曜日の13時30分となりますので、電話にてご予約をお願いいたします。

予約完了後、豊島健康診査センター宛に右に記載してありますMRI検査依頼書をFAXしてください。

FAX番号 03-5974-7210

1. 検査内容について

心臓MRI検査は、造影と非造影の二通りの撮影があります。

非造影は、冠動脈および心筋壁運動の評価が可能です。

造影は、心筋梗塞の範囲・大きさ・深さ・心筋の炎症・心筋症の評価に適しています。

2. 検査結果について

検査日より一週間後のお届けになります。(次週月曜日の午後)

3. 造影検査の注意点

ガドリニウム造影剤を使用しますので以下の方は検査できません。

- * 腎機能障害のある方 (eGFR \leq 45ml/min/1.73m² 血清クレアチニン: 男性1.2mg/dl以上、女性0.9mg/dl以上)
- * 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
- * 過去に造影検査で副作用が出現した方

新しくいたしましたMRI検査依頼書は、納品されしだい順次お届けいたします。

よろしくお願いたします。

豊島健康診査センター
画像検査室

MRI検査依頼書

1枚目センター控、2枚目医療機関控

センターID.

依頼元医療機関記入欄

予約時間	年 月 日 ()曜日	午前・午後	時 分
フリガナ		男・女	医療機関名
患者氏名			医師名
生年月日	T・S・H 年 月 日 ()歳		電話番号

患者情報	《 次の方は検査を受けられません 》 ペースメーカー及びICDを使用している方 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 磁石式のインプラントを入れている方	《 次の方は検査ができない場合があります 》 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) カラーコンタクト (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)
	《 次の方は造影検査ができません 》 腎機能障害の方 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 過去に造影検査で副作用が出現した方	

感染症チェック	<input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Tb
---------	--

検査部位	頭頸部	頭部MRI	頭部MRI+A	VSRAD	その他()
		頸部MRI	頸部MRI+A	甲状腺	
	躯幹	胸部	乳房		その他()
		肝胆膵	腎臓	骨盤腔	
	整形領域	頸椎	胸椎	腰椎	その他()
肩関節(右・左)		股関節(右・左)	膝関節(右・左)		
心臓	単純	冠動脈	心筋壁運動の評価		
	造影		心筋梗塞の評価		

造影希望	有・無	有の場合は記入して下さい	Cre	mg/dl
------	-----	--------------	-----	-------

検査目的	
------	--

結果	<input type="checkbox"/> 持ち帰り希望	<input type="checkbox"/> 読影所見同封(少々の時間を要します)
		<input type="checkbox"/> 読影所見後日配送
<input type="checkbox"/> にチェックの無い場合は、後日フィルム(CD)と所見を配送致します		

センター記入欄

撮影部位				造影	その他		数量
頭部	頸椎	頸部	MRI	有・無	オムニスキャン・シリンジ 15ml		
胸部	胸椎	心臓	MRA		オムニスキャン・シリンジ 10ml		
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	フィルム	CD	担当医師	担当技師
その他				枚	枚		

今後とも、よろしくお願いいたします

医療法人財団 豊島健康診査センター

