

# 生体検査のご案内

## (予約制)

予約電話番号のご案内

**(0569)27-7882**

**(一社)半田市医師会健康管理センター**

神田町：半田市神田町1-1

雁宿支所：半田市雁宿町1-54-1

緑ヶ丘支所：半田市緑ヶ丘3-2-1

### 健康管理センター(神田町)

〒475-8511 半田市神田町1-1

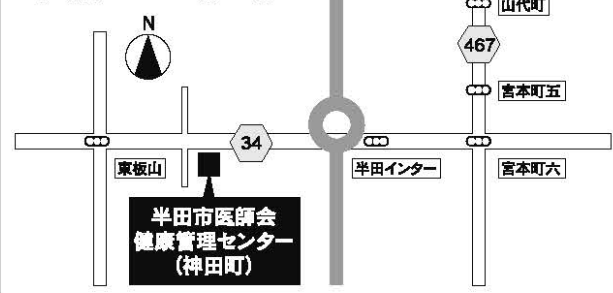
### 雁宿支所

〒475-0918 半田市雁宿町1-54-1

### 緑ヶ丘支所

〒475-0002 半田市緑ヶ丘3-2-1

#### ■ 健康管理センター(神田町)



#### ■ 雁宿支所



#### ■ 緑ヶ丘支所



# 目 次

	ページ
検査の予約について	1
生体検査予約票	2
MRI(単純撮影)	3
MRI(造影撮影)	4
CT(単純撮影)	5
CT(造影撮影)	6
CT(大腸CT)	7
上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)	8
上部消化管X線撮影	9
下部消化管X線撮影(注腸検査)	10
X線撮影(胸部単純・その他)	11
心電図・聴力・眼底・肺機能・血圧脈波・その他	12
脳波(EEG)	13
腹部超音波(腹部US)	14
心臓超音波(UCG)	15
頸動脈・甲状腺・乳腺超音波	16
乳房X線検査(マンモグラフィ)	17
骨密度測定(DXA)	18
ホルター心電図	19
SAS(睡眠時無呼吸症候群)簡易検査	20

## 内容

- ① 検査実施日
- ② 検査会場
- ③ 検査申込書
- ④ 前処置
- ⑤ 結果報告日

# 検査の予約について

生体検査は全て予約制になっています。電話での予約がすみ次第、各検査の申込書・依頼書等を集配の便でお送り下さい。

予約電話番号のご案内

**(0569)27-7882**

# 生体検査予約票

この用紙は受診者に検査の日時、検査の項目、食事等の指示、会場の案内図等をお知らせして、予約された検査が円滑に行なわれるようにするためのものです。

2枚複写の1枚目は検査を依頼された医院の控えとして残していただき、2枚目を受診者に渡していただきます。そして受診者には検査の当日、これを検査会場の受付に提出していただきます。

① 医院控え

### 生体検査予約票

予約年月日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ	病医院名
受診者氏名	医師名
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	性別 男・女
ID No.	体重 (MRI検査者のみ) kg

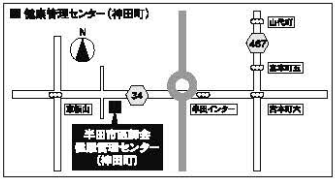


予約された検査項目の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査(FMR)
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 下部消化管X線撮影(注腸検査)	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波
<input type="checkbox"/> 筋力検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波
<input type="checkbox"/> 眼底検査	<input type="checkbox"/> その他( )	

食事等の指示について□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 起床後、絶食状態で検査を受けて下さい。
<input type="checkbox"/> 検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶食状態で検査を受けて下さい。 (軽い食事とはパンと水、実のないジュース類のことです。牛乳は避けて下さい。)	
<input type="checkbox"/> その他( )	

検査を受ける場所の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 健康管理センター(神田町) 〒475-8511 半田市神田町1-1  <input type="checkbox"/> 雁宿支所 〒475-0918 半田市雁宿町1-54-1  <input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所 〒475-0002 半田市緑ヶ丘3-2-1	
	

一般社団法人 半田市医師会健康管理中心 TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990 2×10×200

# MRI (単純撮影)

- ①検査実施日：月～土曜日
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)・雁宿支所・緑ヶ丘支所
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(3枚複写)。

**MRI 検査申込書** ①病・医院控え

検査予約日	年 月 日	午前・午後	時 分	
フリガナ 姓 名	病・医師名			
Y・S・H 生年月日	年 月 日(子)	科 名		
性別	男 女	ID No.		
住 所	Tel.			
この院のMRI装置 <input type="checkbox"/> 健康管理センター(神田町) <input type="checkbox"/> 雁宿支所 <input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所				
MRI装置の目的、主訴、病歴、手術歴等				
検査指示 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影+造影 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CO-R <input type="checkbox"/> ドクターウェブのみ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
*造影の検査は造影剤の「造影MRI検査についての説明書と同意書、および主治医の判断」と「造影MRI検査についての主治医による説明と受診者による同意書」を同時にご提出ください。				
MRI検査目的部位・腫瘍				
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 骨髄腔 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他( )				
<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> Angio <input type="checkbox"/> vsRAD <input type="checkbox"/> その他( )				
<input type="checkbox"/> 頸部 ( ) <input type="checkbox"/> 腕部 ( ) <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足				
<input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 両				
<input type="checkbox"/> ルーチン(肝・胆・脾・腎) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他( )				
検査者のチェック (検査を依頼される医師が必ず自らご記入ください)				
①心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ②妊婦8ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
③体内金属(磁性体) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ④①が「有り」の場合は、検査ができません。				
⑤体内フリップ席 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⑥人工弁 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
⑦義歯 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⑧手術痕跡 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
⑨矯正装置 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⑩人工関節等 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
⑪①～⑩が「有り」の場合は、その内容をご記入ください。材質によっては検査のできない場合があります。				
⑫てんかん <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⑬造影剤 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
⑭造影剤( ) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⑮アートメイク(顔容等) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
検査中、腹痛や胸悶など身体に違和感が生じた場合は、検査を中止する場合があります。				
半田市医師会健康管理センター TEL.0568)27-7882 FAX(0568)27-7990				

- ④前 処 置：撮影部位が腹部の場合は、検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食でお願いします。(実のあるジュースや牛乳は避けて下さい。)
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。



# CT (単純撮影)

- ①検査実施日：月～土曜日
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)・緑ヶ丘支所
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(3枚複写)。

CT検査申込書				①前・既読控え
検査予約日	年 月 日	午 前 ・ 午 後	時 分	
フリガナ			病 院 名	
姓 名			科 名	
生年月日	T-S-H 年 月 日( 才 )	性 別	ID No.	
性 別	男 女			
住 所	〒 Tel.			
<input type="checkbox"/> 健康センター(神田町) <input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所				
CT検査の目的、主訴、病歴、手術歴等				
SCAN表示    画像送付形式    診断レポート <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ドクターウェブのみ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <small>*造影検査や大腸造影もご依頼される場合は別紙の「医師による造影、造影と造影器による造影費」を別紙にご提出ください。</small>				
<small>※造影検査・大腸造影中止時のご連絡方法についてお尋ねします。</small> <input type="checkbox"/> 中止時に検査担当医師・技師により連絡必要 <small>*但し、ご連絡つかない場合は事故原因となります。</small> <input type="checkbox"/> 単独の予約番号のみでよい。 <input type="checkbox"/> 撮影中止の場合、単純のみは実施。 <input type="checkbox"/> 撮影中止の場合、単純・造影とも中止でよい。 (        )				
CT検査目的部位				
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> その他(        )		<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他(        )		
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 中核腫 <input type="checkbox"/> その他(        )		<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他(        )		
<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> ルーチン(造影・造影) <input type="checkbox"/> 造影(造影剤) <input type="checkbox"/> その他(        )		<input type="checkbox"/> 大腸 <small>大腸の診断レポートについて</small> <input type="checkbox"/> 不要(造影のみ) <input type="checkbox"/> CT診断レポートのみ <input type="checkbox"/> CT+大腸三次元解析診断レポート <small>造影検査について</small> <small>造影剤による腎臓の障害をご心配ください。</small> <small>*CTは造影剤注入後の造影一斉撮影の撮影です。</small> <small>*フィルムでの撮影はできません。</small>		
<input type="checkbox"/> その他の特定部位・臓器				
SCAN検査				
スライス厚	造影剤条件	造影剤オプション	その他特設な指示	
<input type="checkbox"/> 1mm <input type="checkbox"/> 7mm	<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 3D作成		
<input type="checkbox"/> 2mm <input type="checkbox"/> 10mm	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> IMPR作成		
<input type="checkbox"/> 5mm		<input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> 造影剤		
<small>一般社団法人 半田市医師会健康センター            TEL(0568)27-7852・FAX(0568)27-7990</small>				

- ④前 処 置：撮影部位が腹部の場合は、検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食でお願いします。(実のあるジュースや牛乳は避けて下さい。)
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。  
 なお、内臓脂肪測定の場合は、2日後までにお届けします。



# CT (造影撮影)

- ①検査実施日：月～金曜日〔健康管理センター(神田町)〕  
水・木曜日〔緑ヶ丘支所〕
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)・緑ヶ丘支所
- ③検査申込書：CT検査申込書と、「造影CT検査についての医師による説明、問診と受診者による同意書」が必ず必要です。記入欄にご記入下さい(3枚複写)。

◎病院控え

造影CT検査についての医師による説明、問診と受診者による同意書

病歴氏名： \_\_\_\_\_ 患者氏名： \_\_\_\_\_

※検査部位：頭部、頸部、胸部、腹部、骨盤部、心臓(冠動脈)、その他( )  
 ※主治医にて受付内問診および医師の「造影CT検査を受けられる患者様へ」の説明を行ってください。

**造影CT検査にかかわる留意**

1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。  
なし あり(CT、MRI、造影造影、尿路造影、その他( ))  
 →「あり」の場合、そのとき「副作用も含めて」副作用がありましたか。  
なし あり(吐き気・発熱・くしゃみ・呼吸困難・胸痛・血圧低下・その他( ))
2. これまでに喘息と書かれたことがありますか。  
なし あり(いつ頃) 治療中
3. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、デタニー、褐色腫瘍のいずれかの疾患で診断を受けたことがありますか。あれば具体的に教えてください。  
なし あり(具体的に) \_\_\_\_\_
4. 造影剤が本人にアレルギー反応の症状や体質がありますか。  
なし あり(アレルギー-性気管炎・花粉症・アトピー-その他( ))
5. 飲み薬や治療薬で具合が悪くなったことがありますか。  
なし あり(内容( )) \_\_\_\_\_
6. 腎臓の病気になるいは機能が弱いと書かれたことはありますか。  
なし あり(内容( )) \_\_\_\_\_  
血中クレアチニン \_\_\_\_\_mg/dl eGFR \_\_\_\_\_ml/min/1.73m<sup>2</sup> 未検査
7. 造影剤アレルギーを服用していますか。  
なし あり(内容( )) \_\_\_\_\_  
 ※ビクソナイド系造影剤は検査48時間前より服用を中止してください。  
 検査後も48時間は服用を見合わせてください。
8. 造影剤や心臓の薬を服用していますか。  
なし あり(内容( )) \_\_\_\_\_
9. 腎臓の不具合や心臓病がありますか。  
なし あり(内容( )) \_\_\_\_\_
10. 多ブロッカーを服用していますか。  
なし あり(内容( )) \_\_\_\_\_

【説明医師署名欄】(説明した医師が記入します。)  
 上記患者に対して、私が検査および造影剤使用の目的について説明しました。  
 説明実施日：平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 医師氏名： \_\_\_\_\_

**造影検査に関する同意書**

一般社団法人 平田市医師会健康管理センター所長 殿  
 私は、造影検査について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。  
 記入日：平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
 患者様または代理人(説明) (署名) \_\_\_\_\_

※造影検査に同意されない場合は、以下の欄にご署名ください。  
 私は、造影検査について説明を受けましたが、造影検査を受けることに同意しません。  
 記入日：平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
 患者様または代理人(説明) (署名) \_\_\_\_\_

(説明された内容について分からないことがある場合は、ご遠慮なく医師に質問してください。同意書を書いた後でも、質問をお受けいたします。同意された場合でも、いつでもこれを撤回できます。)

- ④前 処 置：検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食でお願いします。(実のあるジュースや牛乳は避けて下さい。)
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。

# CT (大腸CT)

- ①検査実施日：月～金曜日 [健康管理センター(神田町)]  
水・木曜日 [緑ヶ丘支所]
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)・緑ヶ丘支所
- ③検査申込書：CT検査申込書と、「大腸CT検査についての医師による説明と受診者による同意書」が必ず必要です。  
記入欄にご記入ください(3枚複写)

①病・医検控

大腸CT検査についての医師による説明と受診者による同意書

病医氏名： \_\_\_\_\_ 患者氏名： \_\_\_\_\_

● 主治医にて下記の検査の説明を行ってください。

1. 大腸CT検査とは  
 実際に内臓を大腸の中に入れておくことなく、CT装置で撮影された断層をコンピュータ処理することで大腸の三次元画像を作成し、あたかも腸の中を通過したかのように映えることのできる検査です。内視鏡検査やバリウム検査と比較すると、負担も少なく、安全に大腸を撮ることが出来ます。

2. 検査対象と禁忌  
 大腸癌の術前診断、大腸狭窄などにより内視鏡挿入が困難あるいは危険と考えられる症例や大腸癌スクリーニング受診例が対象となります。  
 一方、人工肛門利用者、膵膵管閉塞症例や膵管狭窄症などは、前処置(腸管洗浄液)や造影ガスの注入に伴う危険があるため禁忌です。

<禁忌事項の確認> ※ “はい” の場合は検査ができません。  
 ・上記の禁忌事項(人工肛門や膵膵管閉塞症)に該当していますか。 はい ・ いいえ

3. 検査方法(CT検査室にいる時間はおよそ20分程度です。)

- ① 検査の大腸検査と同様に前日(または当日)に下剤(腸内を綺麗にするための薬)を飲みます。また、食事は僅かに少量の低脂肪を飲みます。ただし、ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴がある場合は使用しないでください。
- ② 検査当日は予約時間の20分前にお越しください。
- ③ 検査開始の両脚と非接状態を確保後、腰の向きをやわらげるための注射を打ちます。
- ④ 細い管を両脚に入れ、そこからガス(造影ガス)を注入して大腸を膨らませます。  
 ● 注入したガス(造影ガス)は、遅やかに腸に吸収されていきます。  
 ● うつ伏せと仰向け、2回撮影を行います(約15秒の停止となります)。
- ⑤ 撮影終了後、トイレで“おなら”を出すことでお腹の通りが楽になります。

4. 他の大腸検査との比較

<利点>

- ① 検査時間が短く、負担が少ない検査で昇降は不要です。
- ② 検査による副作用は、極めてまれです。

<欠点>

- ① 5mm以下の病変を見つける能力は内視鏡より低っています。
- ② 検査時に便秘を取ることや、ポリプ切除は行えません。

5. 安全性  
 腸管を拡張させるため、軽い痛み、風船感が生じることがあります。  
 <おこりうる病変(発生頻度：0.004%(海外文献より))>

- ① 穿孔(腹に穴があくこと。入院・手術が必要になる場合もあります。)
- ② 大腸検査の下剤に伴うもの(腹痛・嘔吐・下痢による脱水)

---

● 大腸CT検査に関する問合せ  
 一般社団法人 岩田市長寿会健康推進センター 所長 前  
 私は、大腸CT検査について説明を受け納得しましたので、大腸CT検査を受けることに同意します。  
 記入日：平成 年 月 日  
 患者様または代理人(親類) (署名)

- ④前 処 置：前日、又は前日昼から当日朝まで検査食を摂ってください。検査食以外の食事は摂らないようお願いいたします。水分は多めに摂ってください。ただし、牛乳や実(果肉)のあるジュースは避けてください。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間～10日ほどかかります。





# 下部消化管X線撮影(注腸検査)

- ①検査実施日：月～土曜日(午前中のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

①病・医院控え

### 下部消化管X線撮影(注腸検査)申込書

検査予約日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ 受診者 氏名		病・医院名	
生年月日	T・S・H 年 月 日(才)	医師名	
性別	男 女	ID No.	
住所	Tel.		

下部消化管X線撮影(注腸検査)の目的、主訴、病歴、手術歴等

既往歴：痔疾患 大腸ポリープ 胃切除 その他( )

現病歴：消化管の閉塞・狭窄・穿孔・高度な便秘、またはその疑い

胃障害 心機能障害 高マグネシウム血症

急性消化管出血 腸内腫 前立腺肥大

うっ血性心不全 不整脈 甲状腺機能亢進症

気管支喘息 妊婦 授乳

感染症：HBs抗原(+/-不明) HCV(+/-不明) 梅毒反応(+/-不明)

過敏症の既往歴：硫酸バリウム製剤 アスコパン キシロカイン

セシノイド製剤 その他( )

画像記録方式：フィルム CD-R ドクターウェブのみ

診断レポート：要 不要

**ご注意**

1. 事前に電話で日時を予約し、その日時を検査予約欄に記入してください。
2. 枠内に必要事項をご記入のうえ、前日までに当センターに送っていただきますようお願いいたします。
3. 正確な診断のため、検査前日の食事は指示された注腸食のみとしてください。前夜には別紙の「大腸X線検査(注腸検査)の準備表」や「大腸X線検査(注腸検査)を受けられる方へ」をご活用ください。検査当日は、起床後、食事・水・牛乳・茶・タバコなど、一切口にしないでください。心臓や血圧の薬を内服している場合は、当日起床後、できる限り早くに少量の水で内服してください。糖尿病の薬の内服やインスリン注射はお控えください。お薬手帳等をご持参ください。
4. 予約時間の30分前にお越しください。ご都合が悪くなった場合は、前日までにご連絡ください。

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター  
TEL(0589)27-7882・FAX(0589)27-7990

- ④前 処 置：前日に注腸食を摂って下さい。  
当日は、絶飲食でお願いします。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。

# X線撮影(胸部単純・その他)

- ①検査実施日：月～土曜日
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査予約票：生体検査予約票を受診者に持たせて下さい。

① 医院控え

### 生体検査予約票

予約年月日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ	病医院名
受診者氏名	医師名
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	性別 男・女
ID No.	体重 (MR撮影時のみ) kg

予約された検査項目の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査(FMR)
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 下部消化管X線撮影(注腸検査)	<input type="checkbox"/> 運動耐超音波
<input type="checkbox"/> 聴力検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波
<input type="checkbox"/> 眼底検査	<input type="checkbox"/> その他( )	

食事等の指示について□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 起床後、絶食で検査を受けて下さい。
<input type="checkbox"/> 検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶食で検査を受けて下さい。 (軽い食事とはパンと水、実のないジュース類のごとです。牛乳は避けて下さい。)	
<input type="checkbox"/> その他( )	

検査を受ける場所の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 健康管理センター(神田町) 〒475-8511 半田市神田町1-1		
<input type="checkbox"/> 雁宿支所 〒475-0816 半田市雁宿町1-54-1		
<input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所 〒475-0002 半田市緑ヶ丘3-2-1		

■ 雁宿支所

■ 緑ヶ丘支所

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990 2X10X200

- ④前 処 置：特にありません。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。

# 心電図・聴力・眼底・肺機能・血圧脈波・その他

- ①検査実施日：月～土曜日
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査予約票：生体検査予約票を受診者に持たせて下さい。

① 医院控え

### 生体検査予約票

予約年月日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ	病医院名
受診者氏名	医師名
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	性別 男・女
ID No.	体 量 (MR検査時のみ) kg

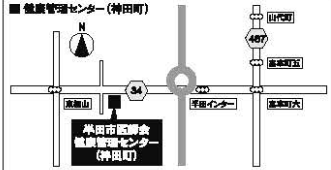
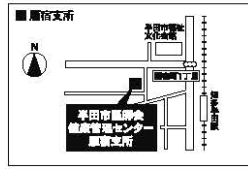
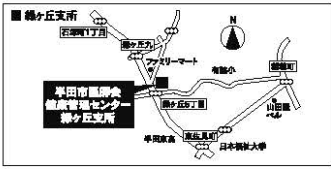
予約された検査項目の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査(FMR)
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 下部消化管X線撮影(注腸検査)	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波
<input type="checkbox"/> 聴力検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波
<input type="checkbox"/> 眼底検査	<input type="checkbox"/> その他( )	

食事等の指示について□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 起床後、絶飲食で検査を受けて下さい。
<input type="checkbox"/> 検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食で検査を受けて下さい。 (軽い食事とはパンと水、実のないジュース類のことです。牛乳は避けて下さい。)	
<input type="checkbox"/> その他( )	

検査を受ける場所の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 健康管理センター(神田町) 〒475-8511 半田市神田町1-1  <input type="checkbox"/> 雁宿支所 〒475-0918 半田市雁宿町1-54-1  <input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所 〒475-0002 半田市緑ヶ丘3-2-1	
	

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990 2X10X100

- ④前 処 置：特にありません。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、3～7日ほどかかります。





# 腹部超音波(腹部US)

- ①検査実施日：月～金曜日(8:30)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

超音波検査申込書				①病・医院控え
検査予約日		年 月 日	午前・午後	時 分
フリガナ 受診者 氏名			病・医院名	
生年月日	T・S・H	年 月 日(才)	医師名	
性別	男	女	ID No.	
住所				Tel.
検査部位(腹部・臍動脈・甲状腺・乳腺)				
検査目的				
現病歴				
既往歴				
画像記録方式： <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ドクターウェブのみ 診断レポート： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
<b>★ご注意</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事前に電話で日時を予約し、その日時を検査予約日欄に記入してください。</li> <li>2. 枠内に必要事項をご記入のうえ、前日までに当センターに送っていただきますようお願いいたします。</li> <li>3. 腹部超音波検査を受診される方は、検査前日の夕食は普通に食べてかまいませんが、午後9時以降の飲食は禁止とします。                      糖飲類は避け、お酒もやめてください。検査当日は、起床後、食事・水・牛乳・薬・タバコなど、一切口にしないでください。</li> <li>4. 予約の時間はお守りください。都合が悪くなった場合は、前日までにご連絡ください。</li> <li>5. 貴重品類は、なるべくお持ちにならないようお願いいたします。</li> <li>6. 検査結果は各医院へご連絡しますが、詳細は技師にお尋ねください。</li> </ol>				
<small>一般社団法人 半田市医師会健康管理センター                      TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990</small>				

- ④前処置：前夜9時以降、絶飲食でお願いします。
- ⑤結果報告日：2日ほどかかります。

# 心臓超音波(UCG)

- ①検査実施日：月曜日、木曜日(午後のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

### 心臓超音波検査申込書(問診票)

◎病・医療控え

検査予約日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ 受診者名	病・医院名
氏名	科
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	医 師 名
性 別 男 ・ 女	ID No.
住 所 〒	Tel.

問診 (1) 今までに医師から心臓が悪いと言われたことがありますか。 はい ・ いいえ  
 「はい」と答えた人は以下の質問に答えてください。  
 1) それはいつ頃ですか。 \_\_\_\_\_ 才頃  
 2) 病名は何と言われましたか。 \_\_\_\_\_  
 3) その後どうしていますか。  
     1 心臓がわるいと言われたがそのまま放置している。  
     2 一時通院治療したが今は中断している。  
     3 手術・治療によって病気が治ったと言われた。

問診 (2) 今までに医師から高血圧と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (3) 今までに医師から高脂血症と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (4) 今までに医師から糖尿病と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (5) 今までに医師から脳血管障害と言われたことがありますか。 はい (放置・治療中) ・ いいえ  
 問診 (6) 最近(過去1年間で)、次のようなことがありましたか。  
 1) 胸の痛が突然しめつけられる感じ、つまる感じ、不気  
     な感じになることがあった。 はい ・ いいえ  
 2) 階段や坂道を普通の速さで登っても苦しくなったり、  
     息切れしたりした。 はい ・ いいえ  
 3) 厥がふれたり、あるいは急に心臓がはやく打つことが  
     あった。 はい ・ いいえ

心臓超音波検査の目的、主訴、病歴、手術歴等

画像返却様式：  フィルム  CD-R  ドクターウェブのみ  
 診断レポート：  要  不要

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990

- ④前 処 置：特にありません。  
心電図がありましたら検査申込書と一緒に提出して下さい。
- ⑤結果報告日：10日ほどかかります。

# 頸動脈・甲状腺・乳腺超音波

- ①検査実施日：火曜日、金曜日(午後のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

超音波検査申込書				①病・医院控え
検査予約日		年 月 日	午前・午後	時 分
フリガナ 受診者 氏名			病・医院名	
生年月日	T・S・H	年 月 日(才)	医師名	
性別	男	女	ID No.	
住所				Tel.
検査部位 (頸部・頸動脈・甲状腺・乳腺)				
検査目的				
現病歴				
既往歴				
画像送付機式： <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ドクターウェブのみ 診断レポート： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
<b>★ご注意</b>				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事前に電話で日時を予約し、その日時を検査予約日欄に記入してください。</li> <li>2. 枠内に必要事項をご記入のうえ、前日までに当センターに送っていただきますようお願いいたします。</li> <li>3. 腹部超音波検査を受診される方は、検査前日の夕食は普通に食べてかまいませんが、午後9時以降の飲食は禁止とします。                      禁飲暴食は避け、お酒もやめてください。検査当日は、起床後、食事・水・牛乳・薬・タバコなど、一切口にしないでください。</li> <li>4. 予約の時間はお守りください。都合が悪くなった場合は、前日までにご連絡ください。</li> <li>5. 貴重品類は、なるべくお持ちにならないようお願いいたします。</li> <li>6. 検査結果は各医院へご連絡しますが、詳細は技術にお尋ねください。</li> </ol>				
<small>一般社団法人 半田市医師会健康管理センター                      TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990</small>				

- ④前 処 置：特にありません。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、10日ほどかかります。



# 骨密度測定(DXA)

- ①検査実施日：火曜日、木曜日(午後のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査予約票：生体検査予約票を受診者に持たせて下さい。

① 医院控え

### 生体検査予約票

予約年月日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ	病医院名
受診者氏名	医師名
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	性別 男・女
ID No.	体重 (MF検査時のみ) kg




予約された検査項目の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査(FMR)
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 下部消化管X線撮影(注腸検査)	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波
<input type="checkbox"/> 聴力検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波
<input type="checkbox"/> 眼底検査	<input type="checkbox"/> その他( )	

食事等の指示について□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 起床後、絶飲食で検査を受けて下さい。
<input type="checkbox"/> 検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食で検査を受けて下さい。 (軽い食事とはパンと水、実のないジュース類のことです。牛乳は避けて下さい。)	
<input type="checkbox"/> その他( )	

検査を受ける場所の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 健康管理センター(神田町) 〒475-8511 半田市神田町1-1  <input type="checkbox"/> 雁宿支所 〒475-0918 半田市雁宿町1-64-1  <input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所 〒475-0002 半田市緑ヶ丘3-2-1	
	

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990 2X10X200

- ④前 処 置：特にありません。
- ⑤結果報告日：2日後までに集配の便でお届けします。

# ホルター心電図

## 各医院で装着する場合

あらかじめ電話による記録機の予約が必要です。

記録機は集配の便でお届けいたしますので、記録機の装着は各医院でお願いいたします。

検査終了後には集配の便で記録機をお返し下さい。

## 健康管理センターで装着する場合

### ① 実施日：毎日（午後のみ）

あらかじめ電話による実施日と実施時間の予約が必要です。

### ② 会場：健康管理センター（神田町）

### ③ 申込書：所定の申込書はありませんが、確認のための生体検査予約票を受診者に持たせて下さい。

### ④ 前処置：特にありません。

### ⑤ 結果報告日：診断レポートが不要な場合は、3日後にお届けします。診断レポートが必要な場合は、7～10日後のお届けとなります。なお、診断レポートの要否は予約の際にお申し出下さい。

# SAS(睡眠時無呼吸症候群)簡易検査

あらかじめ電話による記録機の予約が必要です。

記録機は、集配の便でお届けいたしますので、記録機の装着の説明は各医院でお願いいたします。

検査終了後には集配の便で記録機をお返し下さい。

①装着は就寝前にお願いします。

②装着場所は就寝される場所にてお願いします。

③検査申込書：所定の申込書はありませんが、記録機に同封されている「検査を受けられる方へ」の記入を受診者をお願いします。

④前 処 置：特にありません。

⑤結果報告日：1週間ほどかかります。

**予約電話番号のご案内**

**(0569)27-7882**