検査説明書(医療連携専用)

CT検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分(検査予約時間の 30 分前)

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

17:00 以降のご予約の場合は 1 階救急外来受付(99 番窓口)にお越し下さい。

●検査の内容は

□頭部　□胸部　□腹部　□その他(　　)

□単純CT　□造影CT　□ダイナミックCT　です。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)

*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

CT検査は、X線を用いて得たデータをコンピューターで処理し、身体の断層画像を撮影する検査です。検査の所要時間は、約5～15 分です。
安全かつ正確に検査をするため、指示されたとき以外は身体を動かさないようお願いします。

●注意事項

◇検査の 3 時間前から絶食でお願いします。水のみ可(腹部単純CTの方)

◇前日の夕食は 23 時までに済ませ、以降絶食でお願いします。水のみ可(午前の造影CT・ダイナミックCTの方)

◇朝食は 8 時までに済ませ、以降絶食でお願いします。水のみ可(午後の造影CT・ダイナミックCTの方)

◇ビグアナイド系糖尿病薬とヨード造影剤の併用は禁止しております。(造影CT・ダイナミックCTの方)

◇妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方は、必ず事前にお申し出ください。

※検査の前に簡単な問診をさせていただきます。
検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第 2・第 4 土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

MRI検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**様**

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿＿時＿＿＿＿分 (検査予約時間の 45 分前)

検査予約時間　　午前／午後＿＿＿＿時＿＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

17:00 以降のご予約の場合は 1 階救急外来受付(99 番窓口)にお越し下さい。

●検査の内容は

□頭部　□胸部　□腹部　□四肢　□脊椎

□単純MRI　□造影MRI　□ダイナミックMRI　□その他(　　)　です。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)

*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)　*MRI 検査問診票

MRI 検査は、磁場を利用して体内の情報を画像化する検査です。X線を使用していないので被曝の心配はありません。検査は細長い土管状のドームの中に 20～60 分ほど(検査内容により異なります)入ります。安全かつ正確に検査をするため、指示されたとき以外は身体を動かさないようお願いします。

●注意事項

◇検査の 3 時間前から絶食でお願いします。水のみ可(腹部単純MRIの方)

◇前日の夕食は 23 時までに済ませ、以降絶食でお願いします。水のみ可(午前の造影MRI・ダイナミックMRIの方)

◇朝食は 8 時までに済ませ、以降絶食でお願いします。水のみ可(午後の造影MRI・ダイナミックMRIの方)

◇次のような方は、機器の特性上検査ができない場合がありますので必ず事前にお申し出ください。

・手術や治療によって体内に心臓ペースメーカーや人工弁、人工関節などが入っている方

・入れ墨をされている方(変色の可能性があります)

・妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方

・磁石性の義歯(故障し使用できなくなります)

◇MRI室内は強力な磁場になっていますので、検査前に下記のような物は取りはずして下さい。

・金属類　(時計、携帯電話、指輪、ネックレス、イヤリング、ピアス、ヘアピン、ライター 鍵、補聴器、カイロ、金属の付いた下着、金属を含む化粧など)

・カード類　(キャッシュカード、診察券などの磁気カード)

※検査の前に簡単な問診をさせていただきます。

検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第 2・第 4 土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

腹部エコー検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**様**

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

(検査の進行状況により検査時間が前後することがありますのでご了承ください。)

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

超音波検査(エコー検査)とは、高周波の音波を利用して体内の臓器の形や状態を調べる検査です。腹部に小型の超音波深触子(プローブ)を軽く押し当て、組織の大きさや状態を観察します。

●注意事項

検査前日

◇ 21時以降は絶食です。

◇ 飲水は**「水のみ」**としてください。

◇ お薬は医師の指示通りに服用してください。

検査当日

◇ 起床後の飲水は**「水のみ」**とし、コップ半分程度としてください。

◇ お薬は医師の指示通りに服用してください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

心エコー検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**様**

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

超音波検査(エコー検査)とは、高周波の音波を利用して体内の臓器の形や状態を調べる検査です。胸部に小型の超音波深触子(プローブ)を軽く押し当て、心臓の大きさや動き、血液の流れなどを観察します。

●注意事項

◇胸部を検査するため、身軽な服装でお越しください。

◇飲食の制限はありません。

◇お薬は医師の指示通りに服用してください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

前立腺エコー検査 を受けられる方へ

●氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)、
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

前立腺エコー検査は、前立腺、膀胱をエコー(超音波)で写し出す検査で、2種類の方法があります。ご依頼いただいた先生の指示、または、必要に応じて方法を選択します。
検査の所要時間は、約15分です。

□ 経腹的エコー……下腹部にエコー端子を当てるだけで苦痛はほとんど伴いません。
膀胱内に尿がある程度たまった状態で行います。

□ 経直腸的エコー…人差し指ほどの細いエコー端子を肛門から挿入して行います。
多少不快感を伴いますが経腹的方法と比べて正確な診断が可能です。

●注意事項

◇食事等についてとくに制限はありませんが、多少、尿がたまった状態でお越しください。

◇薬は特別な指示がない限り、服用していただいて結構です。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

ホルター心電図検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

ホルター心電図検査は、携帯用の小型心電計を 24 時間装着して、その間の心電図変化を記録することによって不整脈や狭心症発作の有無を調べるものです。安全で苦痛を伴わない検査法です。来院していただくのは、装着する日と、翌日取り外す日の 2 回となります。

●注意事項

◇心電計を装着している間は、特別な生活ではなく、通常の生活をしてください。
ただし、入浴はできません。

◇心電計は精巧なものですので、衝撃を与えないようお気を付けください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第 2・第 4 土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書（医療連携専用）

脳波検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（　　）

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付（ 0番 紹介専用窓口 ）にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券（聖霊病院を受診されたことのある方のみ）
*検査依頼書（紹介状）　*検査説明書（この用紙）

脳波検査は、頭皮・耳たぶに電極を付け、目を閉じてベッドに仰向けに寝た状態で行い、覚醒と睡眠の両方の状態を記録します。目の開閉・過呼吸（深呼吸を3分間）、光の点滅などの刺激を与えて脳波の変化を観察します。痛みなどはありません。
検査の所要時間は1時間程度ですが、検査の進み具合によってもう少しかかることもあります。

●注意事項

◇うとうとした睡眠状態の脳波を記録しますので、検査の際にはやや睡眠不足気味のほうがスムーズに検査できます。前日の就寝時間をいつもより遅くし、当日の朝は早めに起きるなど、睡眠時間をできるだけ短くしてお越しください。

◇頭皮上に電極を取り付けますので、頭髪は清潔にし、整髪料は付けないでください。

◇顔にも電極を取り付けますので、化粧はお控えください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先：聖霊病院 TEL 052－832－1181（代表）
（月～金）8:30～17:00 （第２・第４土）8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書（医療連携専用）

小児 脳波検査 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（　　）

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付（ 0番 紹介専用窓口 ）にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等 *診察券（聖霊病院を受診されたことのある方のみ）

*検査依頼書（紹介状） *検査説明書（この用紙）

◇必要に応じて

*着替え *おむつ *ミルク *哺乳びん など

小児脳波検査は、頭皮・耳たぶに電極を付け、目を閉じてベッドに仰向けに寝た状態で行い、覚醒と睡眠の両方の状態を記録します。目の開閉・過呼吸（深呼吸を3分間）、光の点滅などの刺激を与えて脳波の変化を観察します。痛みなどはありません。
検査の所要時間は1時間程度ですが、検査の進み具合によってもう少しかかることもあります。

●注意事項

◇うとうとした睡眠状態の脳波を記録しますので、検査の際にはやや睡眠不足気味のほうがスムーズに検査できます。前日の就寝時間をいつもより遅くし、当日の朝は早めに起き、検査までは眠らないなど睡眠時間をできるだけ短くしてお越しください。小さいお子様はどうしても眠れない場合は薬を使用することもあります。

（薬を使用した場合、覚醒時にふらつきなどがみられることがありますので、お子様から目を離さないようお願いいたします。）

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先：聖霊病院 TEL 052－832－1181（代表）
（月～金）8:30～17:00 （第2・第4土）8:30～12:30 ＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

肺活量検査 を受けられる方へ

●氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

肺の大きさや強さを調べる検査です。機械の先に付けた筒をくわえ、鼻はクリップで閉じて筒を通して大きく息を吸ったり吐いたり、勢いよく吐き出したりしていただきます。
検査の所要時間は、約10分です。

●注意事項

◇検査直前の食事はご遠慮ください。

◇検査の状況によって、入れ歯などをはずしていただく場合もありますのでご了承ください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

尿素呼気試験 を受けられる方へ

●氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

この検査は「呼気」で検査を行います。
来院後まず呼気を採取します。次に検査用のお薬を飲んでいただいて一定時間後(約5分間の臥床と15分間の座位)もう一度呼気を採取して終了です。
結果が出るのは後日となります。検査の所要時間は、約30分です。

●注意事項

検査前日

◇ 夜9時以降は、絶飲食でお願い致します。喫煙もご遠慮ください。
◇ 薬を服用されている方は、夜9時までに服用してください。
時間の指定がある場合は、医師にご相談ください。

検査当日

◇ 絶飲食の状態で検査を受けていただきます。
◇ 喫煙もご遠慮ください。
◇ 検査当日、体調が不良の場合は検査日の変更をお勧めします。お電話でご相談ください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

胃カメラ を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。 ＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

当日は 午前 ＿＿＿時＿＿＿分に、**1階 総合受付（ 0番 紹介専用窓口）**へお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等 *診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ) *検査依頼書(紹介状)
*検査説明書(この用紙) 必ず下の問診表(太枠内)にご記入のうえお持ちください。

●注意事項

[抗凝固薬をお飲みの方へ]

◇ 抗凝固薬を飲んでいると、検査が出来ない場合がございます。
(抗血栓剤が一剤のみの服用であれば、休薬なしで検査、生検が可能です。)
※二剤以上併用で服用されている方は、主治医の先生に相談してください。

◇ ワーファリン服用中の方は、当日に採血をさせていただきます。

〔検査の前日〕

◇ **夜9時以降は食事をとらないようお願いいたします**。少量の水分はとっていただいて結構です。

◇ 就寝前に薬を服用されている方は、いつもどおり服用していただいて結構です。

〔検査の当日〕

◇ 当日は朝から絶飲絶食してください。

◇ 高血圧や心臓病の薬を服用されている方は、朝7時までに服用してからお越しください。
それ以外の薬は服用なさらないようお願いいたします。

◇ 糖尿病でインスリン注射をしている方は注射をしないようお願いいたします。

〔その他〕

◇ なるべくゆったりした服装でお越しください。

◇ 口紅や濃い化粧はご遠慮ください。

◇ 検査当日、体調が不良の場合は検査日の変更をおすすめします。電話でご相談ください。

検査の前までに次の問診表にお答えください。

1. 胃カメラを受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
→「 はい 」とお答えした方は、 その時に何か指摘されたことはありますか？ (　　)
2. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
→「 はい 」とお答えした方は、 除菌治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
3. 今までにかかったことのある病気にチェックしてください。
□心疾患(心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 弁膜症) □高血圧 □気管支喘息 □前立腺肥大 □緑内障
□糖尿病 □甲状腺疾患 □肝臓疾患 □アレルギー性疾患 □その他(　　)
4. 胃の手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
5. 血液が固まらないようにする薬 (ワーファリン・パナルジン・バファリン・エパデール・プレタール・バイアスピリン など) を服用していますか？ (はい ・ いいえ)

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30 ＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

血圧・脈波測定検査 を受けられる方へ

●氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等　*診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状)　*検査説明書(この用紙)

＜血圧・脈波測定検査とは＞

- 動脈の硬さ・詰まりの程度を検査します。
- CAVI(動脈の硬さの程度)を測定することによって、血管の硬さが何歳相当であるか(血管年齢)が分かります。
- ABI(動脈の詰まりの程度)は足関節上腕血圧比を測定することによって、血管の詰まり具合が分かります。

●注意事項

検査前日

◇ 特に食事の制限などはありませんのでいつもどおりの生活で構いません。
◇ 薬を服用されている方はいつもどおり服用してください。

検査当日

◇ 食事はふつうにとっていただいて構いません。
◇ 内服薬も原則的には通常通り服用してください。
◇ 両腕、両足首に血圧測定のカフを巻きますので、身軽な服装でお越し下さい。
◇ 検査当日、体調が不良の場合は検査日の変更をお勧めします。
お電話でご相談ください。

※検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第2・第4土) 8:30～12:30　＊休診日を除く

検査説明書(医療連携専用)

骨密度測定 を受けられる方へ

● 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(　　)

来院時間　　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分(検査予約時間の 30 分前)

検査予約時間　午前／午後＿＿＿時＿＿＿分

1階 総合受付 (0番 紹介専用窓口)にお越しください。

●検査の内容は

- ☐ 腰椎・大腿骨 骨密度測定
- ☐ 腰椎 骨密度測定
- ☐ 大腿骨 骨密度測定
- ☐ 踵骨 骨密度測定(超音波)

●お持ちいただくもの

*保険証、医療証等 *診察券(聖霊病院を受診されたことのある方のみ)
*検査依頼書(紹介状) *検査説明書(この用紙)

骨密度測定検査は、X線を用いて腰椎・大腿骨の骨密度、つまり骨の強さを測定する検査です。
検査の所要時間は、約 15 分です。
安全かつ正確に検査をするため、指示されたとき以外は身体を動かさないようお願いします。

●注意事項

◇特に食事制限等はありません。
◇薬を服用されている方は、通常通り服用していただいて構いません。
◇妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方は、必ず事前にお申し出ください。

※検査の前に簡単な問診をさせていただきます。
検査予約を変更される場合は、早めにご連絡ください。

連絡先:聖霊病院 TEL 052－832－1181(代表)
(月～金) 8:30～17:00 (第 2・第 4 土) 8:30～12:30 ＊休診日を除く