

CT検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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時間前から絶食をお願いします。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、以降絶食をお願いします。水のみ可(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)

8:30~20:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

小児 **CT検査**

を受けられる方へ

●ご氏名 _____ 様

● 検査日は次のとおりです。

検査日 平成____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。

●検査の内容は

頭部 胸部 腹部 その他()
単純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)

◇必要に応じて

*着替え *おむつ *ミルク *哺乳びん など

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10~30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いたします。

●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)

◇検査の途中で動いてしまうと撮影ができなくなります。小さいお子様で安静にできない場合は薬を使用し、眠っているときに検査をさせていただくことがあります。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。また、薬を使用する場合は効果を高めるため、授乳は検査の3時間前までに済ませておくようお願いいたします。

(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)

8:30~20:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

MRI検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____ 様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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) *CT・MR 検査問診票(時間外検査のみ)

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いたします。

●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(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
 - ・磁性性の義歯(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、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、テレホンカード、診察券 など)

* 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)

8:30~20:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

小児 **MRI検査**

を受けられる方へ

●ご氏名 _____ 様

● 検査日は次のとおりです。

検査日 平成____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。

●検査の内容は

頭部 胸部 腹部 四肢 脊椎
単純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)

◇必要に応じて

*着替え *おむつ *ミルク *哺乳びん など

MRI 検査は、磁石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。細長い土管状のドームの中に 30 ほど入ります。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時間前から絶食をお願いします。水のみ可(腹部単純MRIの方)

◇検査の途中で動いてしまうと撮影ができなくなります。小さいお子様で安静にできない場合は薬を使用し、眠っているときに検査をさせていただくことがあります。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。また、薬を使用する場合は効果を高めるため、授乳は検査の3時間前までに済ませておくようお願いいたします。

(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)

8:30~20:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

RI(シンチ)検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____年____月____日

来院時間 午前/午後____時____分

[注射] 午前/午後____時____分

[撮影] 午前/午後____時____分

●検査の内容は

骨シンチ 脳血流シンチ です。

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、RI(ラジオアイソトープ)という検査薬(ガンマ線を放出する放射性医薬品)を静脈注射して、目的の臓器や組織の状態を画像にする検査です。薬による副作用や体が受ける放射線の量は極めて少ないので安心して検査を受けることができます。撮影の時間は約20~40分ですが、専用のベッドで横になっているだけで済みますので、苦痛の少ない検査法です。

●注意事項

◇食事、薬の服用ついてとくに制限はありません。

◇妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方、授乳中の方は、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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

マンモグラフィ検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____ 様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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、乳房内の乳腺組織、乳管や脂肪組織などを、専用装置で撮影するエックス線検査です。左右の乳房を片方ずつ撮影していきます。乳房を装置で圧迫し、できる限り薄く均等に平たくして撮影します。

痛みのない方から痛みの強い方までいますので、痛みの出た時点で申し出て下さい。できる限り薄くなるように圧迫していきますので、ご理解とご協力をお願いします。検査時間は10分～15分ほどです。

●注意事項

◇食事等についてとくに制限はありません。

◇月経がはじまってから1週間後ぐらいが、比較的痛みが少ないと言われています。

◇検査の前に、簡単な問診と触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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

腹部エコー検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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)

この検査は、ベッドに仰向けに寝ていただき、腹部にゼリーを塗って、探触子という機械をあて臓器の断層像をモニター上に写し出します。人体に害のない超音波を使っていますので安全で苦痛を伴わない検査法です。検査の所要時間は20～30分です。

●注意事項

◇検査は空腹の状態で行いますので、朝食を抜いてお越しください。

水分も控えていただきます。

*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)

8:30～20:00(月)～(金)

8:30～12:30(土)

* 休診日を除く

心エコー検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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)

◇小さいお子様の場合は必要に応じて

*着替え *おむつ *ミルク *哺乳びん など

この検査は、胸部体表面より小型の超音波探触子を軽く押し当て、心臓の形やその動き、さらに血液の流れなどを観察するものです。安全で苦痛を伴わない検査法です。検査に必要な時間は、病気の種類や患者様の状態などで異なります。短ければ15分ほどで終わりますが、30分位かかることもあります。

●注意事項

◇食事等についてとくに制限はありません。

◇上半身を脱衣していただきますので身軽な服装でお越しください。

◇小さいお子様で安静にできない場合は薬を使用し、眠っているときに検査をさせていただくことがあります。

* 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)

8:30~20:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

前立腺エコー検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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、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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

トレッドミル検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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) *タオル *運動靴

この検査では、運動することにより心臓に負担をかけて、その時の症状や心電図の変化をみて運動中の心臓の状態を調べる検査です。具体的には「ルームランナー」のようなベルトコンベアーの上を歩きます。ベルトはだんだん速度と傾斜が増していきますので、それに合わせて始めはゆっくりと、段階が進むにつれて駆け足ぎみの速さになっていきます。検査の所要時間は約30分です。

● 注意事項

◇運動をしますので、検査前の食事は控えめにし(いつもの半分程度)、また検査の2時間前までには食事を終了していただきますようお願いいたします。

◇検査当日は、アルコール、コーヒー、濃いお茶、喫煙などはお控えください。

◇薬は特別な指示がない限り、服用していただいてけっこうです。

(ただし、ジギタリスとβ-ブロッカーについては、可能であれば当日のみ中止していただくことがありますので主治医にご相談ください。)

◇検査当日は、運動しやすい服装でお越しください。また、タオルと運動靴をお持ちください。

*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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

ホルター心電図検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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、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、通常的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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

脳波検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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、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。

* 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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

小児 脳波検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

● 検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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

この検査は、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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

肺活量検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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。機械の先に付けた紙の筒をくわえ、大きく息を吸ったり吐いたり、勢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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

尿素呼気試験

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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時までには服用してください。
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

- ◇ 絶飲食の状態でご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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く

胃カメラ

を受けられる方へ

●ご氏名 _____ 様

● 検査の日時は次のとおりです。平成____年____月____日()

当日は 午前/午後 ____時____分に、

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。)

[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。

- 胃カメラを受けたことはありますか? (はい・いいえ)
- ピロリ菌の検査や除菌治療を受けたことがありますか? (ない・ある・除菌済)
- 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()
- 胃の手術を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- 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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) *休診日を除く

血圧・脈派測定検査

を受けられる方へ

●ご氏名 _____様

●検査の日時は次のとおりです。

検査日 平成____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・脈派測定検査とは>

- 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。
- ◇ 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)

8:30~17:00(月)~(金)

8:30~12:30(土) * 休診日を除く