練馬総合病院　検査予約のご案内

公益財団法人　東京都医療保健協会
練馬総合病院　**地域連携室**

〒176-8530　東京都練馬区旭丘 1-24-1
TEL　03-5988-2309（直通）
FAX　03-5988-2292（直通）

練馬総合病院では高度検査機器の共同利用制度として、ＣＴ・ＭＲＩや内視鏡等の検査のご予約を承っております。
当院での検査を希望される場合には地域連携室宛にお問合せください。

【予約可能な検査】

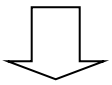
<table>
<tr><th colspan="3"></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>備考</th></tr>
<tr><td colspan="3">CT</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">MRI</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">骨密度</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">上部消化管内視鏡</td><td>AM のみ</td><td>AM のみ</td><td>AM のみ</td><td>AM のみ</td><td>AM のみ</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">下部消化管内視鏡</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>来院時間は8:45 です。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">エコー</td><td>放射線診断医
・上腹部
（+骨盤腔）
・頸動脈
・甲状腺
・乳腺
・下肢動脈
・下肢静脈
・その他部位</td><td>AM</td><td>×</td><td>AM のみ</td><td>×</td><td>×</td><td>AM のみ</td><td rowspan="3">詳細は【生理機能検査ご案内】ご参照下さい。</td></tr>
<tr><td>技師
・心臓
・上腹部
・頸動脈
・下肢動脈
・下肢静脈
・3D（胎児）</td><td>AM</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇
（3D は不可）</td></tr>
<tr><td>PM</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇
（3D は不可）</td><td>〇
（3D は不可）</td><td>〇</td></tr>
<tr><td colspan="3">生理機能検査</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td><td></td></tr>
</table>

【検査予約の流れ】

１．練馬総合病院「地域連携室」にお電話いただき、ご予約をお取り下さい。

地域連携室　**ＴＥＬ　０３－５９８８－２３０９（直通）**

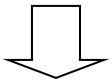
受付時間　平日（月曜日～金曜日）　８：３０～１７：３０



２．検査予約日時決定後、診療情報提供書を FAX し、原本は患者さんにお渡し下さい。

ＦＡＸ　０３－５９８８－２２９２（直通）

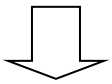
※当院専用の診療情報提供書はホームページからダウンロードできます。
また、御一報いただければ送付致します。



３．検査当日は診療情報提供書と健康保険証、各種医療証等を持って、初診窓口で受付をしていただくよう患者さんにお伝え下さい。

※来院時間について

初診の方は検査予約時間の 20 分前までにお越しいただくよう患者さんにお伝えください。（受付後の書類手続きなどでお時間をいただきます）



４．検査結果は約１週間以内に患者さんに手渡し又は紹介元医療機関に郵送させていただきます。

注意事項（ＣＴ・ＭＲＩ）

【ＣＴ】

①心臓ペースメーカーを入れている場合は、本体部分を避けてＣＴ撮影します。

②造影剤を施行する場合は、診療情報提供書の他に所定の「ヨード系造影剤検査施行前チェックリスト」を記入していただき、先生の署名の上、診療情報提供書と併せてＦＡＸをお願い致します。

③冠動脈ＣＴＡをご依頼の場合は、心電図の検査結果があれば併せてＦＡＸをお願い致します。

【ＭＲＩ】

①診療情報提供書の他に所定の「ＭＲＩ検査前チェックリスト」を記入していただき、先生の署名の上、診療情報提供書と併せてＦＡＸをお願い致します。

※ＣＴ・ＭＲＩで造影剤を使用する検査では

ＣＴ「ヨード系造影剤検査施行前チェックリスト」・ＭＲＩ「ＭＲＩ検査前チェックリスト」の腎機能（ＣＲＴＮ）欄が未検の場合や、チェックリストを持参されなかった場合は練馬総合病院で採血検査をします。

採血結果（ＣＲＴＮ）が高値の場合は造影剤を使用しません。

【読影】

<u>読影が必要な場合</u>

検査終了後、当院放射線科医師が読影します。検査結果は報告書と画像を取り込んだＣＤ−ＲＯＭをご施設へ後日郵送させていただきます。

検査結果の当日お持ち帰りをご希望の患者さんには、画像を取り込んだＣＤ−ＲＯＭをお渡しすることは可能です。この場合、報告書は後日郵送させていただきます。

放射線科医師による読影日は原則としてＣＴは火・水・木・金曜日、ＭＲＩは水・金曜日となります。読影日の翌営業日に、速やかに報告書を郵送します。

<u>読影が不要な場合</u>

検査終了後、患者さんに画像を取り込んだＣＤ−ＲＯＭをお渡します。ご紹介いただいた先生の外来を早期に受診していただくように患者さんに伝えます。

＊画像出力についての質問、相談は地域連携室にご連絡ください。

注意事項(上部・下部内視鏡)

【診療情報提供書に記載していただきたいこと】

①感染症(ＨＢｓ、ＨＣＶ抗体、梅毒等)の有無

※感染症の検査は、検査予約日に当院で行うことも可能です。

②鎮痙剤(セスデン)使用の可否

※心臓病(不整脈)や緑内障、前立腺疾患がある場合には“否”にして下さい。

③抗凝固薬の内服の有無

原則として検査のご依頼となります。当院での治療を希望される場合は、その旨をＦＡＸ用紙に記載して下さい。(患者さんの希望により、内視鏡的治療を行う場合があります。)

【患者さんへの送付書類】

上部・下部内視鏡の検査予約をされた場合、地域連携室より紹介元の医療機関に予約票をＦＡＸさせていただきます。その後、ご紹介いただいた患者さんのご自宅に予約票と検査説明書等を郵送させていただきます。

【検査結果報告】

検査結果は１週間以内に郵送します。生検を行った場合、病理検査結果を添えて郵送しますので、少しお時間をいただきます。

2018.7.6 改訂

【生理機能検査ご案内】

① 標準 12 誘導心電図　　・・・・・・随時受付可能

② 運動負荷心電図

マスター負荷心電図・・・・・随時受付可能

トレッドミル　・・・・・・・・予約制(金曜日不可)

③ ホルター心電図　・・・・・・予約制

※読影が必要な場合は循環器医師読影後に検査結果を郵送いたします。

④24 時間血圧測定　・・・・・予約制

⑤血圧脈波　　・・・・・・・・・随時受付可能

１）　ABI　(足関節/上腕血圧比)

２）　TBI　(足趾/上腕血圧比)・・・必要に応じて実施します。(料金別途不要)

３）　PWV　(脈波伝播速度)

⑥肺機能　・・・・・・随時受付可能

⑦超音波検査

		月	火	水	木	金
放射線診断医 ・上腹部(+骨盤腔) ・頸動脈 ・甲状腺 ・乳腺 ・下肢動脈 ・下肢静脈 ・その他部位※1	午前		AM のみ			AM のみ
技師 ・心臓 ・上腹部 ・頸動脈 ・下肢動脈 ・下肢静脈 ・3D(胎児)※2	午前	○	○	○	○	○ (3D は不可)
	午後	○	○	○ (3D は不可)	○ (3D は不可)	○

※1　その他部位(表在の腫瘤など)対応可能な場合がありますのでご相談ください

※2　3D エコー:対応可能な週数は妊娠 16 週～32 週程度です(25～30 週が最適です)
胎児の観察を行うのみで、診断は行いません。

【超音波検査の結果について】

専門医実施の検査結果は検査終了後，その場で患者さんにお渡しいたします。検査技師実施の検査結果は、専門医による診断名を付けた報告書を後日郵送いたします。

【超音波検査前の注意事項】

腹部超音波検査の依頼時は患者さんに朝食(午後の検査は昼食)を抜くように説明してください。

診療情報提供書　FAX用紙

年　月　日

該当項目に☑をおつけください。	□ 診療　□ 検査　□糖尿病連携パス

紹介先　：練馬総合病院
科　先生
所在地　：練馬区旭丘1-24-1
TEL　：03－5988－2309
FAX　：03－5988－2292

受診予定日	月　日(　)　時　分

紹介医療機関名
所在地　〒
TEL：
FAX：
医師名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）	男・女
患者氏名				
住所	〒	TEL	：自宅 ：携帯	

公費負担者番号								
公費受給者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								

練馬総合病院受診歴	有　・　無							
保険者番号								
記号		番号						
被保険者との続柄	本人　・　家族							

傷病名		紹介目的	診療：

経過（症状、検査、治療、現在の処方等）

検査：該当項目に〇印をおつけください。

ABI	ABI / PWV(血圧脈波)						
エコー	腹部 ・ 心臓 ・ 頚動脈 ・ 甲状腺 ・ 乳腺 ・ その他（　）						
CT	単純・造影	頭部 ・ インプラント ・ 副鼻腔 ・ 聴器 頚部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 骨盤腔 その他（　）		CTA	冠動脈（心臓造影） 下肢動脈（造影） 頭頸部動脈(造影)		
MRI	単純・造影	頭部　：全般 ・ 下垂体 ・ 副鼻腔 ・ 内耳 頚部　：甲状腺 ・ 顎関節 脊椎　：頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 胸部　：縦隔 ・ 乳腺			腹部　：肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ MRCP 骨盤腔　：子宮 ・ 卵巣 ・ 膀胱 ・ 前立腺 四肢　：膝 ・ 肩 ・ 手関節 その他　：（　）		
MRA	単純・造影	頭部MRA 頚部MRA 下肢MRA	その他	IVP その他 （　）	読影依頼	要・不 要	検査結果	フィルム・CD-ROM
備考	※ 造影検査依頼時は、チェックリストを付けてください。 ※ 冠動脈CT・心臓エコー依頼時は、心電図データを付けてください。 ※ チェックリスト・心電図データがないときは、当院で検査する場合があります。						

2020/09/23 改訂

MRI検査前チェック項目

記入日　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

(A)ペースメーカー ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(B)心臓人工弁 ・・・有　・　無

(C)人工内耳 ・・・有　・　無

(D)体内神経刺激装置 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無
（経皮的電気的刺激装置、感応型の視床刺激装置）

(E)骨成長刺激装置 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(F)脳動脈瘤クリップ(強磁性体) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(G)スワンガンツカテーテル ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(H)義眼(強磁性体を含んだもの) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(I)極度の閉所恐怖症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(1)安静にしていられますか？ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　できる　・　できない

(2)コントロールされていない「てんかん」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(3)現在妊娠、または可能性 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

(4)高度の不整脈 ・・有　・　無

(5)体内金属 ・・・有　・　無

※有の場合はチェックをつけて、部位を記入してください。

□人工関節　□手術によるクリップ　□矯正ブリッジ　□入れ墨

（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

造 影 に 関 し て

◎気管支喘息の既往 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・有　・　無

◎腎機能(CRTN＞1.4mg/dl) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　__________mg/dl　・　未検

◎貧血治療のため鉄剤を投与している(リゾビスト使用のみ) ・・・・・・有　・　検査未　・　無

◎造影剤の使用 ・・・可　・　不可

備考

A～I　　MRIは施行できません。

1～4　　場合によってはMRIが施行できないことがあります。

5　　撮影部位によっては制限が加わります。

担当医

ヨード系造影剤施行検査前チェックリスト

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　記入日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

【注意】 植込み型ペースメーカー部位のCT撮影はできません！（胸部・縦隔部）

問　診		
禁忌	ヨード造影剤による過敏症の既往歴　（造影検査歴のある場合記入） 有の場合、その症状を記入してください。	有 ・ 無
	重篤な甲状腺疾患	有 ・ 無
リスクファクター	気管支喘息	有 ・ 無
	肝障害（ TB＞3mg/dl ）・閉塞性黄疸では（ TB＞10mg/dl ）	＿＿＿＿mg/dl ・ 未検
	腎障害（ＣＲＴＮ＞1.4mg/dl）	＿＿＿＿mg/dl ・ 未検
	マクログロブリン血症・褐色細胞腫（又は疑い） 多発性骨髄腫・テタニー	有 ・ 無
	ビグアナイド系糖尿病用薬の服用 有の場合、その薬品名を記入してください。	有 ・ 無
薬物過敏症の既往歴 有の場合、その薬品名を記入してください。		有 ・ 無
その他のアレルギー性疾患の既往歴 有の場合、その症状を記入してください。		有 ・ 無
※上記チェックのうえ、造影検査施行を依頼するものとする。 問診施行　医師名		
備考		

MRI 検査予約票

氏名　　様

検査日	月	日（　　曜日）
時　間	時	分から検査開始となります

※検査開始 30 分前に来院して下さい。

●総合受付の窓口に持参書類を提出し、MRI 検査紹介である旨をお伝えください。

< 持参していただく書類 >

この予約票、 診療情報提供書、 MRI 検査前チェックリスト、
保険証、 練馬総合病院の診察券（お持ちの方のみ）

< 検査前の注意事項 >

1. 心臓ペースメーカーをつけた方は練馬総合病院では検査できません。
2. 過去に脳外科手術を受けた方、妊娠初期の方は危険な場合もありますので、主治医とご相談ください。
3. 造影検査および腹部検査の方は、
   - 検査開始 5 時間前から食事をしないでください。
   - 飲み物（水かお茶）は摂っていただいて結構です。
   - 膀胱を検査される方は、2 時間前から排尿しないでください。
4. 予約の変更やキャンセルの場合は、地域連携室へご連絡ください。

西武池袋線
江古田駅南口より徒歩7分
東長崎駅南口より徒歩 9 分

都営大江戸線
新江古田駅より徒歩 8 分

練馬総合病院　地域連携室
TEL　03－5988－2309
FAX　03－5988－2292
練馬総合病院　代表
TEL　03－5988－2200

●検査結果について

< 画像と報告書の場合 >

検査終了後、当院放射線科医師が読影を行い、後日検査結果をご紹介施設へ郵送します。
郵送の到着日は、検査後に技師がご案内いたします。

〔検査結果の当日お持ち帰りをご希望の方には、画像作成にお時間をいただきまして
フィルムまたは CD-ROM をお渡し可能です。報告書は後日郵送します。〕

< 画像のみの場合 >

検査終了後、フィルムまたは CD-ROM をお渡しします。画像作成にお時間をいただきます。

CT 検査予約票

氏名　　様

検査日	月	日（　　曜日）
時　間	時	分　から検査開始となります

※施設担当者様へ
来院時間に☑ してください

□検査開始 30 分前に来院して下さい。（ CT 検査のみの方 ）
□検査開始 60 分前に来院して下さい。（ 採血検査のある方 ）

●総合受付の窓口に持参書類を提出し、CT 検査紹介である旨をお伝えください。

< 持参していただく書類 >

この予約票、 診療情報提供書、 ヨードチェックリスト（造影検査の方のみ）、
保険証、 練馬総合病院の診察券（お持ちの方のみ）

< 検査前の注意事項 >

1. 造影検査および腹部検査の方は、
   - 検査開始 5 時間前から食事をしないでください。
   - 飲み物（水かお茶）は摂っていただいて結構です。
   - 糖尿病薬を服用している方は、お薬手帳を持参してください。
2. 予約の変更やキャンセルの場合は、地域連携室へご連絡ください。

西武池袋線
江古田駅南口より徒歩7分
東長崎駅南口より徒歩 9 分

都営大江戸線
新江古田駅より徒歩 8 分

練馬総合病院　地域連携室
TEL　03－5988－2309
FAX　03－5988－2292
練馬総合病院　代表
TEL　03－5988－2200

●検査結果について

< 画像と報告書の場合 >

検査終了後、当院放射線科医師が読影を行い、後日検査結果をご紹介施設へ郵送します。
郵送の到着日は、検査後に技師がご案内いたします。

〔 検査結果の当日お持ち帰りをご希望の方には、画像作成にお時間をいただきまして
フィルムまたは CD-ROM をお渡し可能です。報告書は後日郵送します。 〕

< 画像のみの場合 >

検査終了後、フィルムまたは CD-ROM をお渡しします。画像作成にお時間をいただきます。

診療情報提供書 （ 上部 ・下部 内視鏡検査予約用 ） FAX用紙

紹介先 ：**練馬総合病院　地域連携室**
所在地 ：練馬区旭丘1−24−1
TEL ：**03−5988−2309**
FAX ：**03−5988−2292**

検査予定日　　月　　日　　時　　分

紹介医療機関名
所在地 〒

TEL ：
FAX ：

医師名

フリガナ		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年　月　日（　歳）		男・女
患者氏名					
住所	〒		TEL ：自宅 ：携帯		

※ 練馬総合病院受診歴 （ 有 ・ 無 ）

公費負担者番号								
公費受給者番号								
公費負担者番号								
公費受給者番号								

保険者番号			
記号		番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族		

傷病名

紹介目的: **上部 ・ 下部 内視鏡検査を依頼**

経過（症状、検査結果、治療、現在の処方等）

1. 感染症の有無:　□なし　□あり（ HBs ・ HCV ・ 梅毒反応 ）　□未検

2. 鎮痙剤（セスデン）使用 ： □可　□否

（ 心臓病＜不整脈＞・緑内障・前立腺肥大 がある場合は否にしてください ）

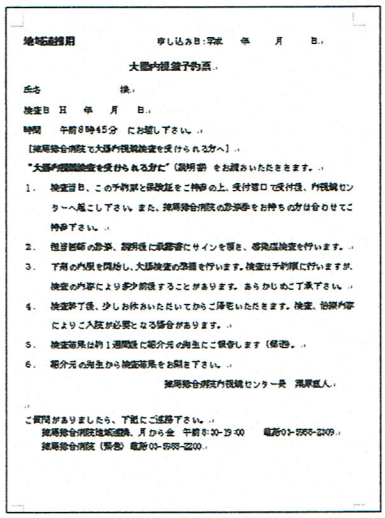
3. 抗凝固薬内服の有無 ： □内服していない　□内服している

（ 抗凝固薬は、検査中、生検を行う可能性がある為、検査1週間前に中止してください ）

4. 検査結果で治療が必要な場合（胃潰瘍など）

□紹介元で治療する　□練馬総合病院で治療する

例．下部内視鏡検査予約時の送付書類



地域連携用　　申し込み日：平成　年　月　日

大腸内視鏡予約票

氏名　　様

検査日　日　年　月　日

時間　午前8時45分　にお越し下さい

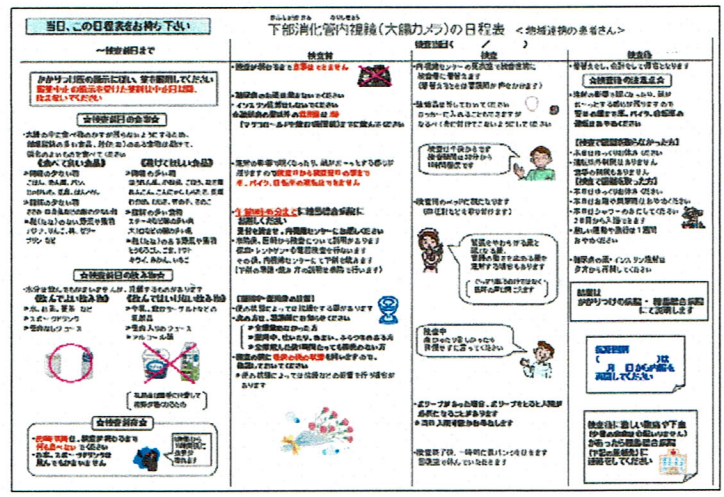
【結局総合病院で大腸内視鏡検査を受けられる方へ】

"大腸内視鏡検査を受けられる方に"（説明書）をお渡しいただきます。

1. 検査当日、この予約票と承諾証をご持参の上、受付窓口で受付後、内視鏡センターへ起こしてください。また、結局総合病院の診療券をお持ちの方は合わせてご持参下さい。
2. 担当医師の診察、説明後に承諾書にサインを頂き、感染症検査を行います。
3. 下剤の内服と同時に、大腸検査の準備を行います。検査は予約順に行いますが、検査の内容により多少前後することがあります。あらかじめご了承下さい。
4. 検査終了後、少しお休みいただいてからご帰宅いただきます。検査、処置内容によりご入院が必要となる場合があります。
5. 検査結果は約１週間後に紹介元の先生にご報告します（郵送）。
6. 紹介元の先生から検査結果をお聞き下さい。

結局総合病院内視鏡センター長　結原恵人

ご質問がありましたら、下記にご連絡下さい。
結局総合病院地域連携課、月から金　午前8:30-19:00　電話01-5566-2309
結局総合病院（緊急）電話03-5566-2200



当日、この日程表をお持ち下さい

下部消化管内視鏡（大腸カメラ）の日程表　＜地域連携の患者さん＞

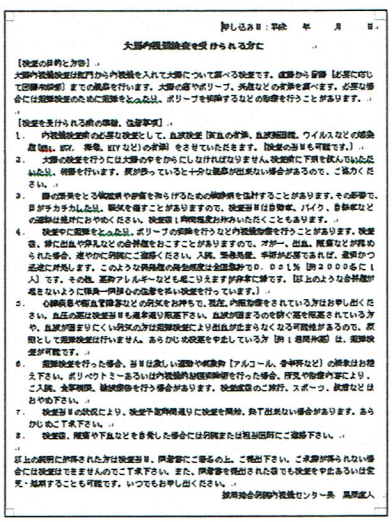
〜検査前日まで

検査前

検査当日（　/　）

検査

検査後



申し込み日：平成　年　月　日

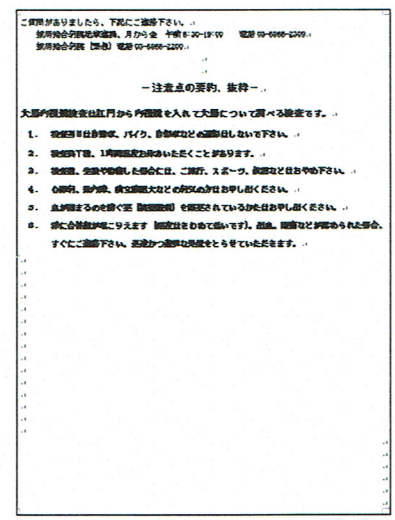
大腸内視鏡検査を受けられる方に

【検査の目的と方法】
大腸内視鏡検査は肛門から内視鏡を入れて大腸について調べる検査です。直腸から盲腸（ものに応じて回腸末端部）までの異常を行います。大腸の癌やポリープ、炎症などの有無を調べます。必要な場合には組織検査のために生検をとったり、ポリープを切除するなどの治療を行うことがあります。

【検査を受けられる病の準備、注意事項】
1. 内視鏡検査前の必要な検査として、血液検査（肝五の有無、血液凝固能、ウイルスなどの感染症（HBV、HCV、梅毒、HIVなど）の有無）をさせていただきます。（検査当日も可能です。）
2. 大腸の検査を行うには大腸のやをからにしなければなりません。検査前に下剤を飲んでいただいたり、特殊を行います。便が残っていると十分な観察が出来ない場合があるので、ご協力ください。
3. 腸の調子をとる特定病や心臓を助けるための特別薬を出村することがあります。その際で、自分で力力したり、事前を受けることがありますので、検査当日は自動車、バイク、自転車などの運転は絶対におやめください。検査後1時間程度お休みいただくこともあります。
4. 検査中に生検をとったり、ポリープの切除を行うなど内視鏡治療を行うことがあります。検査後、後に出血や穿孔などの合併症をおこすことがありますので、オガー、出血、腹痛などが現れた場合、速やかに病院にご連絡ください。入院、緊急処置、手術が必要であれば、速やかつ迅速に対処します。このような病院側の発生確率は全体平均で0．05％（約２０００名に１人）です。その他、薬剤アレルギーなどを起こりえますが非常にまれです。（以上のような合併症が起きないように慎重一同様々の注意を払い検査を行っています。）
5. 心臓病や脳血管障害などの病気をお持ちで、現在、内服治療をされている方はおやめ下さい。当日の朝は検査当日も通常通り服薬下さい。血液が固まるのを防く薬を服用されている方や、血液が固まりにくい病気の方は生検検査により出血が止まらなくなる可能性があるので、原則として生検検査は行いません。あらかじめ検査を中止している方（例：透析治療）は、生検検査が可能です。
6. 生検検査を行った場合、当日は激しい運動や飲酒（アルコール、栄養飲など）の飲食はお控え下さい。ポリペクトミーまたは内視鏡的粘膜切除術を行った場合、呼気や食事内容により、ご入院、食事制限、絶対安静を行う場合があります。検査後当日のご運転、スポーツ、飲酒などはおやめ下さい。
7. 検査当日の状況により、検査予定時間通りに検査を開始、終了出来ない場合があります。あらかじめご了承下さい。
8. 検査後、腹痛や下血などとを発した場合には病院または担当医師にご連絡下さい。

以上の説明に納得された方は検査当日、同意書にご署名の上、ご提出下さい。ご家族が揃われない場合には検査はできませんのでご了承下さい。また、同意書を提出された後でも検査をやむあろいは変更・延期することも可能です。いつでもおやめ出ください。

結局総合病院内視鏡センター長　結原恵人

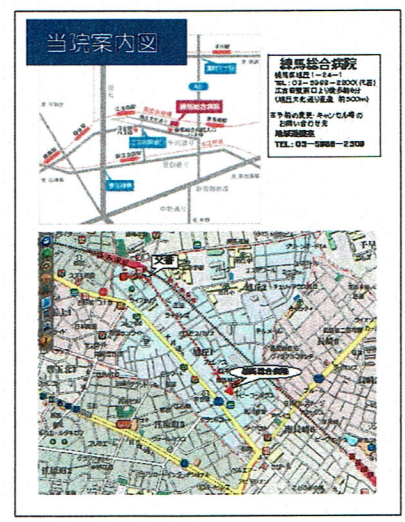


ご質問がありましたら、下記にご連絡下さい。
結局総合病院地域連携課、月から金　午前8:30-19:00　電話03-5566-2309
結局総合病院（緊急）電話03-5566-2200

－注意点の要約、抜粋－

大腸内視鏡検査は肛門から内視鏡を入れて大腸について調べる検査です。

1. 検査当日は自動車、バイク、自転車などの運転は絶対にしないで下さい。
2. 検査当日朝、1時間程度お待ちいただくことがあります。
3. 検査後、生検や治療した場合には、ご運転、スポーツ、飲酒などはおやめ下さい。
4. 心臓病、脳梗塞、血液凝固大などの病気の方はおやめ下さい。
5. 血液検査のため朝ご食【絶食時間】を厳守されているかどうかおかめ下さい。
6. 体に合併症が起こりえます【検査はきわめて低いです】。出血、腹痛などが現れた場合、すぐにご連絡下さい。迅速かつ適切な処置をとらせていただきます。



【検査結果報告】

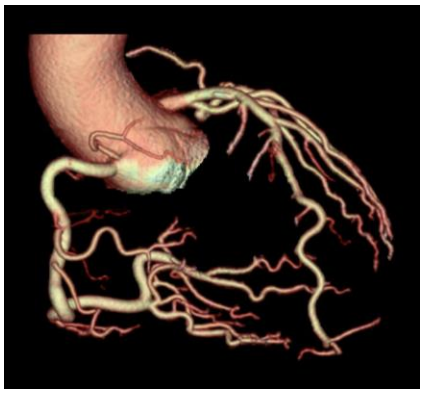
検査結果は１週間以内に郵送します。生検を行った場合、病理検査結果を添えて郵送しますので、少しお時間をいただきます。

2016.5.26 改訂

CT（GE製Optima　CT660　Pro　Advance）

特徴・・・検出器64列128スライス、1回転で最小スライス厚0、625mm 、総スライス40mm幅をスキャンすることで、短時間で広範囲の撮影ができ、特に心臓CT検査では5秒の息どめで、撮影出来る事により不整脈の影響も少なく、より鮮明な画像も作成できます。またASIR（生データでの逐次近似画像再構成法）により従来の半分の被曝量で同等の画像が作成できることで、被験者の負担を少なく検査が出来るようになりました。

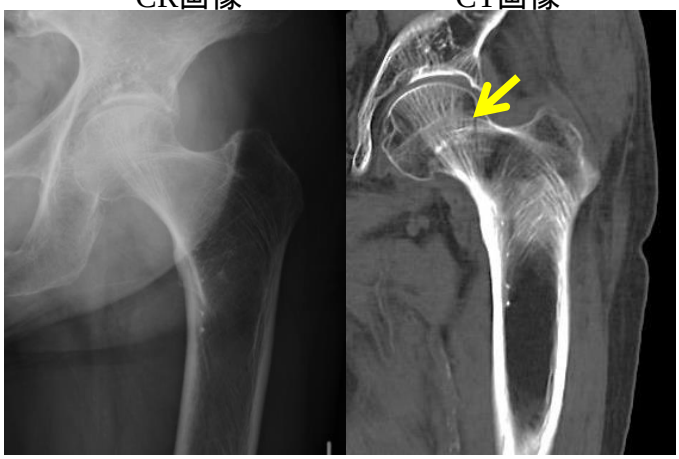
心臓CT（冠状動脈）



・上腕の静脈から造影剤を注入し息止め5秒程度の撮影時間で検査を行うことができる。
前処置も少なく患者さんの負担も少なく鮮明な画像を得ることができる。

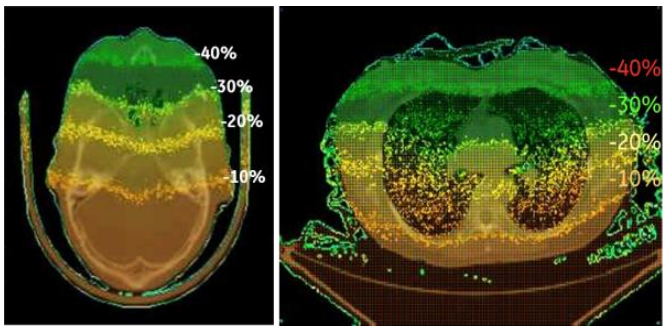
シンスライス

CR画像　　CT画像



・ﾚﾝﾄｹﾞﾝも描出困難な微小な骨折線も描出。
骨折の診断において1mm未満のスライス厚は有用

高感受性領域の被爆低減



・水晶体、甲状腺、乳腺等感受性の高いと言われてる臓器への皮膚線量を最大40%低減

MRI が新しくなりました。

2018 年５月に MRI 装置を更新しました。
いままでの装置より高画質撮影・短時間撮影が可能になりました。
さらに、これまで撮影困難だった患者さんに対応できる機能が追加されました。

SIGNA™ Explorer
（1.5T MRI装置）

プレミアムアプリケーション

一歩先行く、プレミアムアプリケーションをこの一台に凝縮。
臨床検査をより高いレベルへ押し上げ、患者さんへの快適性にも配慮したアドバンスドアプリケーションを多数搭載。

"Needle-free"
検査において患者さんへ"やさしさ"を提供するというコンセプトの非侵襲アプリケーション

"Motion-free"
様々な患者さんや検査に対応できる高度な体動補正技術を多数搭載

"Stress-free"
ハイレベルな臨床ニーズに対応し、検査の質を高めるアプリケーション

●MRI 予約の流れ●

１．練馬総合病院「地域連携室」にお電話いただき、ご予約をお取り下さい。
　　地域連携室　ＴＥＬ　０３－５９８８－２３０９(直通)
　　受付時間 平日(月曜日～金曜日)　8:30～17:30

２．予約決定後、診療情報提供書・ＭＲＩ検査前チェックリストをFAX し、原本は患者さんにお渡し下さい。
　　ＦＡＸ　０３－５９８８－２２９２(直通)

※当院専用の診療情報提供書はホームページからダウンロードできます。御一報いただければ送付致します。
※造影剤を使用する検査では「ＭＲＩ検査前チェックリスト」の腎機能（ＣＲＴＮ）欄が未検の場合や、チェックリストを持参されなかった場合は、練馬総合病院で採血検査します。採血結果（ＣＲＴＮ）が高値の場合は造影剤を使用しません。

３．患者さんに「MRI 検査予約票」をお渡しください。

４．検査当日は診療情報提供書と健康保険証、各種医療証等を持って、予約時間の 30 分前に初診窓口で受付をしていただくよう患者さんにお伝え下さい。

●MRI 読影●

【読影が必要な場合】

検査終了後、当院放射線科医師が読影します。
検査結果は報告書と画像を取り込んだCD-ROMをご施設へ後日郵送させていただきます。
検査結果の当日お持ち帰りをご希望の患者さんには、画像を取り込んだCD-ROMをお渡しすることは可能です。この場合、報告書は後日郵送させていただきます。
読影日の翌営業日に、速やかに報告書を郵送します。
（放射線科医師による読影日は原則として水・金曜日のため、返信までにお時間をいただく場合があります。ご協力のほどよろしくお願いいたします。）

【読影が不要な場合】

検査終了後、患者さんに画像を取り込んだCD-ROMをお渡します。ご紹介いただいた先生の外来を早期に受診していただくように患者さんに伝えます。

＊画像出力についての質問、相談は地域連携室にご連絡ください。

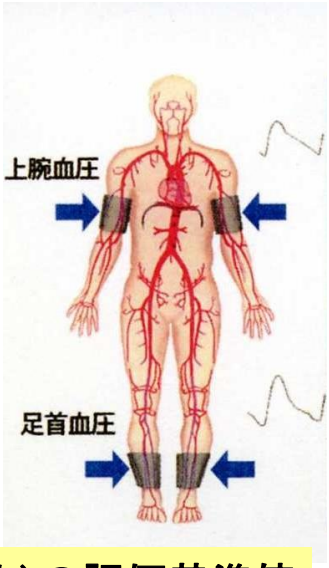
公益財団法人東京都医療保健協会　練馬総合病院　地域連携室
〒176-8530　東京都練馬区旭丘 1-24-1
TEL 03-5988-2309　FAX 03-5988-2292（直通）

血圧脈波検査

ABI（Ankle Brachial Index）
：上腕と足首の血圧比

血管の詰まり具合が分かります

血管が詰まる
⇩
ABIの値が低くなる



PWV（Pulse Wave Velocity）
：脈波伝播速度

血管の硬さが分かります

血管が硬い
⇩
PWVの値が高くなる

ABI（足関節／上腕血圧比）の評価基準値

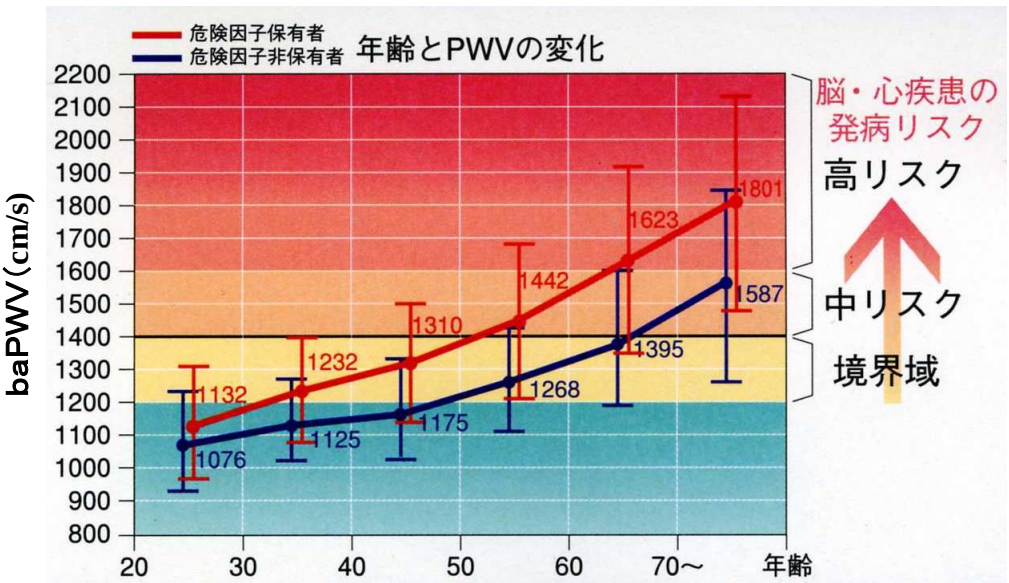
ABIとは下表の式で求められる数値の事です。この指標より、下肢動脈の狭窄・閉塞状態がわかります。ABIが0．9以下の場合、数値が低いほど動脈が狭窄しています。

$$ABI = \frac{\text{足関節収縮期圧（mmHG）}}{\text{上腕収縮期圧（mmHG）}}$$

0．9＜ABI＜1．3	正常
ABI≦0．9	動脈閉塞の疑いがある
ABI≦0．8	動脈閉塞の可能性が高い
0．5＜ABI≦0．8	動脈閉塞が1箇所はある
ABI≦0．5	動脈閉塞が複数箇所ある
ABI≧1．3	動脈が石灰化している

PWV（脈波伝播速度）の評価基準値

baPWVとは上腕から心臓を含む足関節動脈間の脈波伝播速度の事です。この指標より上腕から足関節までの動脈の硬さがわかり、その基準値は1400cm/sです。1400cm/sを超えると数値が高くなるほど動脈が硬くなっており、脳・心血管系疾患の発病するリスクが高くなります。



危険因子保有者とは

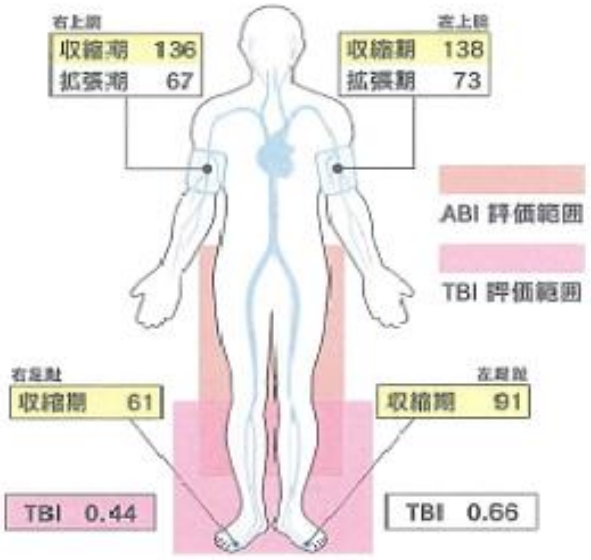
- 高血圧
- 糖尿病
- 高脂血症
- 高尿酸血症
- 喫煙
- 肥満

のいずれかを保有する人です

練馬総合病院　臨床検査科

TBI (Toe Brachial Index：足趾/上腕血圧)
TP　(Toe Pressure：足趾血圧)

下肢末梢動脈の狭窄・閉塞の重症度を評価する指標です



$$TBI = \frac{\text{足趾収縮期血圧}}{\text{上腕収縮期血圧}}$$

（左右どちらか高い方）

なぜ、ABIだけでは正しい評価が出来ないのでしょう？

血圧脈波検査（PWV/ABI）の結果より、**足関節レベルの動脈に著しい石灰化を疑う**値（ABI：1.4以上）または、**下肢血管の軽度ASO・石灰化を疑う**値（PWV：1800以上、ABI：1.0～0.9）が示された際、追加検査としてTBI検査が有用です。

評価基準

TBI≧0.6	正常
TBI＜0.6	異常
TP≧40mmHg	自然治癒の可能性あり
TP≦30mmHg	重症 （インターベンション治療が不可欠）

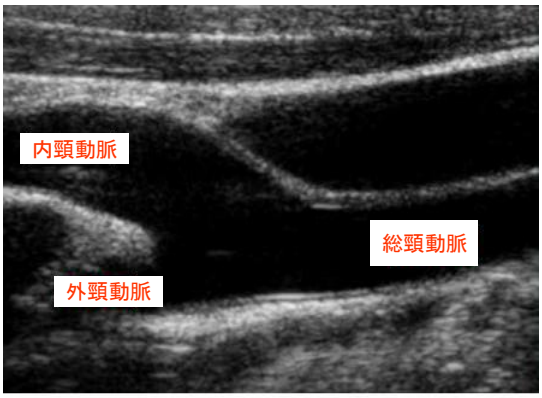
当院では、血圧脈波検査の検査結果によりTBI検査を必要に応じて実施していますが、料金別途不要です。

練馬総合病院

頚動脈エコー検査・血圧脈波検査について

頚動脈エコー検査

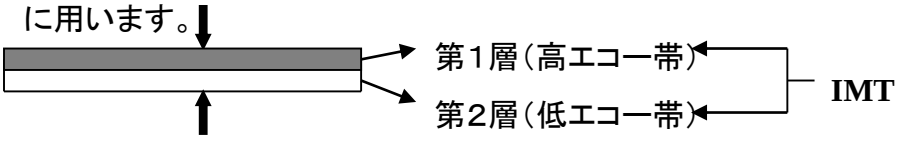
頚動脈エコーとは、頚部に超音波をあて頚動脈の動脈硬化度をチェックする検査です。
従来の超音波診断装置で検査しますので、痛みや危険性は全くない安全な検査です。
検査時間は約10～20分です。



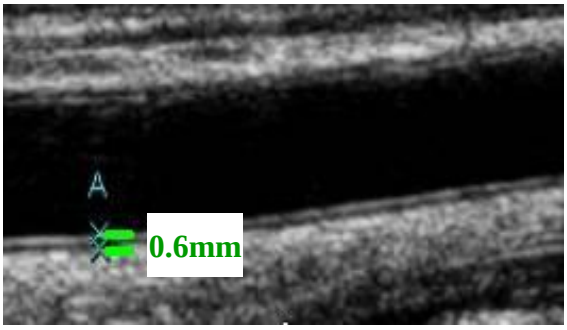
［実際の超音波像］
頭側
心臓側

①頚動脈の血管壁の動脈硬化

頚動脈の血管壁は高－低－高エコーの3層に描出されます。内側から第1層目の高エコー帯と第2層目の低エコー帯の部分をIMC（内中膜複合体）と称し、その厚さを計測して動脈硬化の指標に用います。

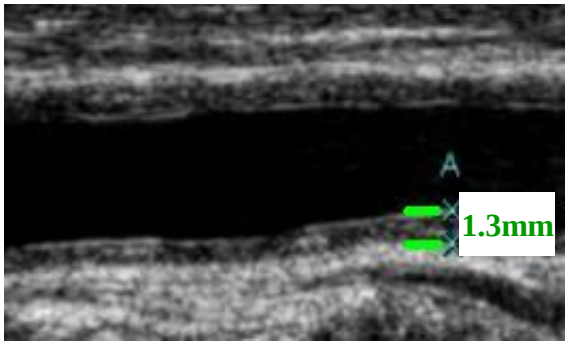


正常例



IMT(内中膜複合体厚)
基準値：1.0mm以下（日本超音波検査学会基準）
加齢や動脈硬化で肥厚がみられます。

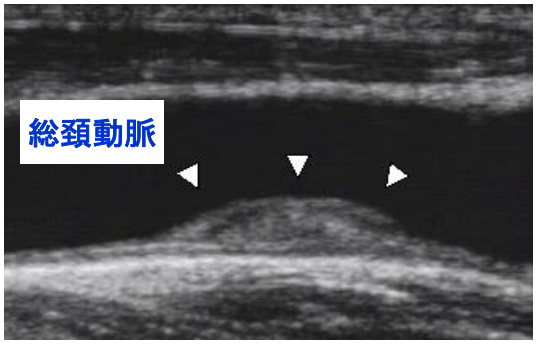
IMT肥厚例

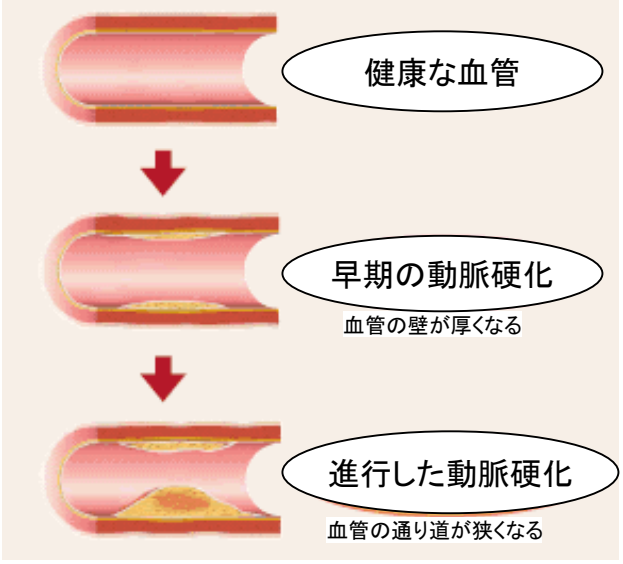


②頚動脈のﾌﾟﾗｰｸ（粥腫）

ﾌﾟﾗｰｸとは厚さ1.1mmを超える明らかな血管壁の隆起をいいます。
ﾌﾟﾗｰｸが存在する場合は早い段階での治療が必要となります。

ﾌﾟﾗｰｸ例



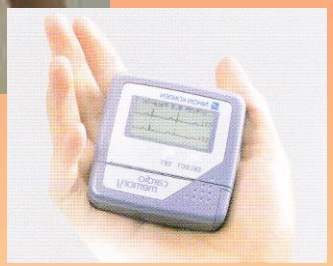


24時間検査ご案内
ホルター心電図/血圧測定

長時間の心電図・血圧が記録できる携帯用の機器で
２４時間連続して記録を行いコンピューターで解析します。

最高/最低　心拍数や不整脈の種類、数、発生時間や心拍数との関係などから不整脈の診断および虚血性変化の診断をします。

解析結果の読影が必要な場合は、
循環器医師が読影を行い結果を郵送します。



機械をつけたまま
シャワー
を浴びることができます

受　付　月～木曜日（休祝日前日を除く）
8:30～17:00

所要時間　　１５分程度

＊検査の実際＊
左の写真のような機械をつけて
帰って頂き翌日はずします。
検査最中に自覚症状があった時は
備え付けのボタンを押すと供に、
行動記録メモに記載をします。

＊24時間血圧測定はカフを腕に巻き、同様の機器を肩からけるタイプです。

♧予約先♧　練馬総合病院　地域連携室
受付時間　平日 8:30～17:30
TEL. 03-5988-2309（直通）
東京都練馬区旭丘1-24-1　　https://www.nerima-hosp.or.jp

骨密度測定のご案内

骨密度測定の必要性

骨密度を把握することにより骨折危険性を抑制し、ＱＯＬの維持改善をはかることができます。
当院の骨密度測定（ＤＥＸＡ法）は他の測定法に比べ、骨折リスクの評価に優れています。

日本のガイドラインで推奨されている対象患者

６５歳以上の女性	または	６５歳未満で危険因子の高い閉経女性
７５歳以上の男性	または	７５歳未満で危険因子の高い中高年男性

危険因子

- 家族歴
- 小体格
- やせ
- 低栄養
- 運動不足（不動性）
- 喫煙
- 過度のアルコール
- カルシウム摂取不足
- ビタミンＤ、ビタミンＫ不足
- 卵巣機能不全（遅発初潮・各種無月経・早期閉経）
- 出産歴なし
- ステロイド（グルココルチロイド）の服用
- 胃切除例
- 諸種疾患合併例（甲状腺機能亢進症・糖尿病・腎不全・肝不全など）

検査内容のご案内

◆ 測定方法

① 検査衣に着替え、撮影台に仰向けに寝ます。
② 腰椎と左大腿骨頚部の２部位を測定します。（約３分
（同部位に金属プレートが入っている方、骨折歴のあ
１部位または他部位を測定します。）

【骨密度測定装置】

◆ 測定結果

検査後数分で患者様に測定結果をお渡しすることができま
また郵送依頼も承ります。
測定結果の見本は別紙添付しています。

ご依頼方法

① 当院、**地域連携室**へお電話で【骨密度測定】の依頼をお願いします。
即日検査が可能ですが、ご都合の良い日時を予約して検査することも出来ます。

② 地域連携室へ診療情報提供書をＦＡＸして下さい。
紹介目的に【骨密度測定】とご記入お願いします。

③ 患者様は当院総合受付へお越しください。

ご予約・お問合せ先
〒176-8530　東京都練馬区旭丘1-24-1
公益財団法人東京都医療保健協会
練馬総合病院　**地域連携室**
TEL　03-5988-2309
FAX　03-5988-2292
平日　８：３０　～　１７：３０

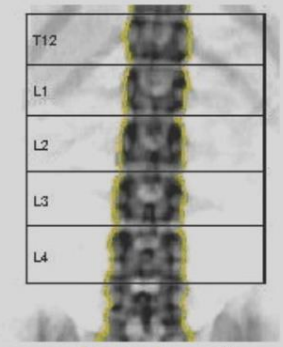
Se:1
Im:1

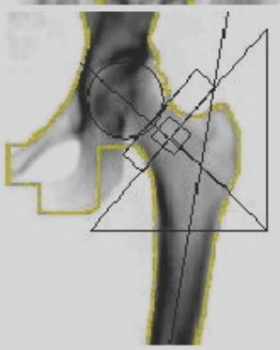
骨密度測定結果表

見本

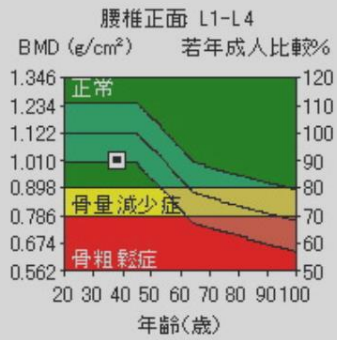
練馬総合病院　　作成日:2008年4月28日

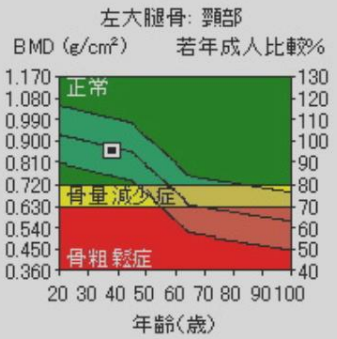
被験者氏名: tesuto11 tesuto11様　　**被検者ID:** 9999899999899
生年月日 : 1970/01/30　年齢:38.2歳　　身長/体重 162.0 cm / 53.0 kg
性　別 : 女性　　測定日: 2008/04/28



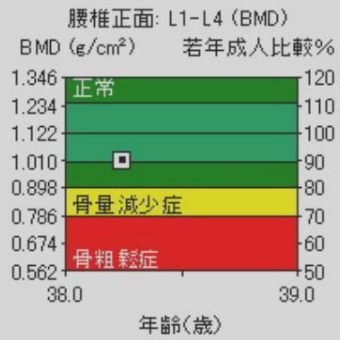


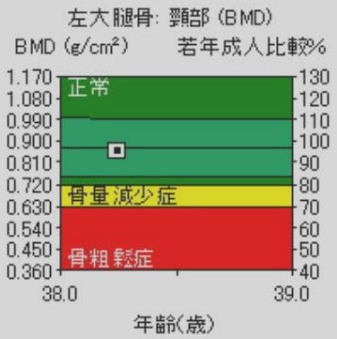
正常グラフ(測定結果)





トレンドグラフ(測定履歴)





測定部位	骨密度(BMD)	若年成人比較	同年齢比較
腰椎正面	1.009 g/cm²	90 %	90 %
左大腿骨	0.857 g/cm²	95 %	98 %

若年成人比較 : 骨密度が最も高いといわれる、20歳代の骨密度の平均値を100%として比較した値です。
同 年 齢 比 較 : あなたと同年代の平均骨密度との比較です。

【結　果】

●あなたの大腿骨の骨密度は、**0.856 g/cm²**です。
○ 同年齢の平均と比較すると**93 %**です。
○ 若年成人(20歳代)と比較すると**92 %**です。

===判定基準===
・正　　常 :若年成人の80%以上
・骨量減少 :若年成人の80%未満70%以上くらい
・骨粗鬆症 :若年成人のおおよそ70%未満くらい

※ 高齢の方の場合、圧迫骨折や石灰化の影響で骨粗鬆症でも骨密度が高くなる場合があります。
骨密度が高くても医師の指示に従ってください。

C128
W256