

# 同意確認事項

## 安全に検査を受けていただくための同意確認事項

### 1. 次に該当する場合は検査を中止させていただきます

- 発熱や体調不良、感染症（結核・インフルエンザ・感染性胃腸炎・新型コロナウイルス・その他流行性疾患など）が疑われる場合
- 裏面「検査の注意事項」に記載の、飲食の制限や薬の服用などの条件または**各検査を実施できない条件に該当する場合**
- 既往歴・現病歴・手術歴によっては実施できない検査があるため、今回の健診内容について**事前に主治医へご確認ください。**  
ただし、当日の体調など、医師が総合的に判断し検査が中止となる場合がありますのでご了承ください。
- 他の受診者及び職員に対する**迷惑行為**（暴言・脅迫・暴力・ハラスメント・危険物持込・録音や撮影等）があった場合

### 2. 問診情報及び結果について

- 既往歴・現病歴は自己申告で把握させていただきます。ご申告のない病名において検査等で問題が生じた場合、当センターは責任を負いかねますのでご了承ください。
- 今回の検査結果で精密検査を指示された場合や、今回の結果で異常がなくても自覚症状がある場合は必ず医療機関を受診してください。

### 3. 採血検査

- 採血時に過度な緊張により気分が悪くなる・血圧や脈拍の低下・失神などの血管迷走神経刺激反応を引き起こすことがあります。過去に一度でもこのような症状があった方や不安な方は事前にお申し出ください。
- 神経が血管の近くを通っているため、針を刺した時に強い痛みやしびれが発生することがあります。
- 採血後に再出血・皮下での内出血・腫れをきたす場合があります。採血後は直ちに採血箇所を約2分間押さえて止血してください。

### 4. 胃部X線（バリウム）検査

※安全面を考慮し80歳以上の方は胃部X線（バリウム）検査は実施いたしません。

- 検査の実施により治療中の病気の増悪が考えられる場合や、当日の体調・血圧・排便状況（検査当日まで3日間排便がない）によっては、検査をお断りすることがあります。
- バリウム飲用中に誤嚥をされた場合、検査を中止させていただくことがあります。
- 検査では、回転したり腹部にタオルを敷いて圧迫したりしますので、軽い痛みが起こったり、ごく稀に肋骨等を損傷することがあります。
- バリウムを飲用するため、非常に稀な合併症として腸閉塞および腸管穿孔（穴があくこと）があります。検査後に強い腹痛が生じた場合には、速やかな医療機関受診が必要です。

### 5. マンモグラフィ検査

- 検査時に過度な緊張や痛みにより、血圧や脈拍の低下・気分不良・失神などの血管迷走神経刺激反応を引き起こすことがあります。過去にこのような症状があった方や不安な方は事前にお申し出ください。
- 乳房を圧迫して検査しますので、検査後も数日間痛みが続いたり、ごく稀に皮下出血や肋骨等の損傷が起こることがあります。

### 6. 子宮頸がん検査

- 子宮頸部より細胞を採取するため、2～3日程度軽い痛みや少量の出血を伴うことがあります。
- 性交経験のない方については、子宮頸がん検査を積極的にはおすすめしません。

### 7. 骨密度検査

- 検査部位の骨折や手術等ある方は検査を実施できない場合があります。

### 8. 膀胱超音波検査

- 尿を十分に溜めることが困難な方は検査を実施できない場合があります。

※検査の実施に伴う上記のような諸症状でお困りの場合は、当センターへご連絡ください。症状によっては健康保険を使用して医療機関への受診が必要な場合があります。

## 個人情報保護についての同意確認事項

当センターは、個人情報保護法施行により下記のように対応いたします。また健康診断業務実施に伴い事業者、医療保険者の委託を受けて下記の情報を取り扱います。

- (1) 収集する個人情報：氏名、生年月日、性別、年齢、住所、電話番号、保険証情報、問診情報、健診実施項目、健診結果、画像等
- (2) 情報の使用目的

- ① 事業者、医療保険者からの委託に基づく健康診断業務

- ② ①で知り得た情報について、健診の質の向上を図るため集計、統計等のデータ解析等に活用

〔 ※法律の範囲内でプライバシーに配慮し、個人が特定されることはありません 〕

- (3) 個人情報の提供

当センターが取得した個人情報・問診情報・検査結果につきましては、法律・委託契約書に則って事業者・医療保険者に提出させていただきます。

- (4) その他

- ① 当センターの個人情報保護方針、個人情報の利用目的などを、当センターのホームページ上に掲載しております。

- ② 個人情報の取り扱いなどに関しまして、苦情やご意見がありましたら、個人情報保護相談窓口までご連絡ください。

◆ホームページアドレス： <https://www.kenkan.gr.jp/> ◆電話： 096-387-8270（総務課個人情報保護相談窓口）

（9：00～16：00 土日祝日・年末年始を除く）

※裏面「検査の注意事項」も必ずお読みのうえ受診してください。



日本赤十字社 熊本健康管理センター

# 検査の注意事項

## ■ 健診前の食事や薬の服用について

2025年度 施設内

|       | 検査の内容                                                                                                               | 食事時間の制限  | 水分摂取<br>水のみ可                       | 薬の服用  コップ1杯200mL程度の水で服用 |                        |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|       |                                                                                                                     |                                                                                           |                                    | 服用不可の薬                                                                                                     | 服用しても良い薬               |
| 午前の健診 | ◆胃部X線検査がある方                                                                                                         | 受付時間の<br>10時間前まで可                                                                         | 受付時間の<br>2時間前まで<br>水のみ可            | 胃薬・糖尿病薬は<br>服用不可                                                                                           | 左記以外の薬は<br>当日朝6時までに服用可 |
|       | ◆採血・腹部超音波がある方                                                                                                       |                                                                                           | 糖尿病薬は服用不可                          |                                                                                                            |                        |
|       | 上記以外の検査または<br>「特殊健診・甲状腺検査」の<br>採血の場合                                                                                | 制限なし                                                                                      | 胃部X線検査が<br>ない方は<br>受付の直前まで<br>水のみ可 | 薬の制限はなし（朝食後に服用可）                                                                                           |                        |
| 午後の健診 | ◆採血・腹部超音波がある場合                                                                                                      | 受付時間の<br>5時間前まで可                                                                          |                                    | 薬の制限はなし（朝食後に服用可）                                                                                           |                        |
|       | 上記以外の検査または<br>「特殊健診・甲状腺検査」の<br>採血の場合                                                                                | 制限なし                                                                                      |                                    | 薬の制限はなし                                                                                                    |                        |
|       | ◆食事時間の制限がある検査を受ける方が上記時間以降に飲食された場合、検査可能となる時間までお待ちいただくか日程を変更していただきますので<br>ご了承ください。なお、いずれの場合もタバコ・ガム等は不可、前日の飲酒は控えてください。 |                                                                                           |                                    |                                                                                                            |                        |

## ■ 検査を実施できない方 または 事前に確認が必要な方

検査項目によっては、下記以外に、裏面の「安全に検査を受けていただくための同意確認事項」や「Web問診」の中に、主治医への事前確認が必要な事項や検査を実施できない条件等が記載されています。お早めに内容をご確認のうえ、**前日までにWeb問診のご回答をお願いします。**

| × → 検査を実施できません<br>△ → 事前に主治医へ確認してください                                               | 超音波                                               | マンモ<br>グラフィ                 | 胸部<br>X線 | CT           | 胃<br>バリウム | 骨密度<br>(大腿骨) | 体組成<br>測定 | 子宮<br>頸がん   | 頭部<br>MRI  | 肺活量 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------|------------|-----|
|                                                                                     |                                                   |                             |          |              |           |              |           |             |            |     |
| インスリンポンプ・持続血糖（グルコース）測定器を使用中                                                         |                                                   | △                           | △        | △            | △         | △            | △         |             | 取り外し<br>必須 |     |
| 検査部位に皮膚トラブルがある                                                                      | △                                                 | △                           |          |              |           |              |           |             |            |     |
| 胸部にシャント、チューブ、ポート等の医療機器を挿入中                                                          |                                                   | ×                           |          |              |           |              |           |             | △          |     |
| 胸部にペースメーカーを挿入中                                                                      |                                                   | ×                           |          |              |           |              | ×         |             | ×          |     |
| 植込み型除細動器（ICD）、<br>両心室ペースメーカー（CRT-P）、<br>除細動器付きペースメーカー（CRT-D）を挿入中の方                  |                                                   | ×                           |          | ×            |           | ×            | ×         |             | ×          |     |
| 腰椎に金属挿入のある方                                                                         |                                                   |                             |          | 内臓脂肪×<br>胸部○ |           |              |           |             | △          |     |
| バリウムアレルギーまたは検査台での体位変換が困難<br>透析・潰瘍性大腸炎・クローン病で治療中及び経過観察中<br>腸閉塞や腸捻転・大腸憩室炎で治療を受けたことがある |                                                   |                             |          |              | ×         |              |           |             |            |     |
| 脳疾患発症後または術後6ヵ月以内<br>心疾患発症後または術後3ヵ月以内<br>開胸術・開腹術後、胸・腹腔鏡下手術後 6ヵ月以内<br>内視鏡手術後 3ヵ月以内    |                                                   |                             |          |              | ×         |              |           |             | △          |     |
| 検査当日の血圧が高い<br>（収縮期180mmHg以上 または 拡張期110mmHg以上）                                       |                                                   |                             |          |              | ×         |              |           |             |            | ×   |
| 1週間以内に胃部X線（バリウム）検査を受けた                                                              |                                                   |                             | ×        | ×            | ×         | ×            |           |             |            |     |
| 体重制限について（右記を超える方は×）                                                                 |                                                   |                             |          | 150kg        | 120kg     | 160kg        | 200kg     | 120kg       | 150kg      |     |
| 女性の方                                                                                | 妊娠中または妊娠の可能性がある                                   | ×                           |          | ×            | ×         | ×            |           | 主治医で<br>受診を | ×          |     |
|                                                                                     | 授乳中または断乳後 6ヵ月以内<br>豊胸術後（バッグ挿入、脂肪・ヒアルロン酸注入）、バッグ除去後 | 乳房：<br>検査精度<br>低下する<br>場合あり | ×        |              |           |              |           |             |            |     |
|                                                                                     | 月経中                                               |                             |          |              |           |              |           | ×           |            |     |
| 【お願い】すでに自覚症状がある方は、今回の健診を待たず早めに医療機関を受診してください。                                        |                                                   |                             |          |              |           |              |           |             |            |     |

- ◆上記についてご不明な点がございましたら当センターへおたずねください。 代表TEL：096-384-3100（9:00～16:00 土日祝日・年末年始を除く）
- ◆裏面の同意確認事項を必ずお読みのうえ、別紙「受付票」裏面の **同意署名欄** へご署名をお願いします。