

貴院様情報

名称： 様
 主治医先生ご氏名 先生
 TEL：
 FAX：
 住所〒

患者様情報

ふりがな
 氏名： 様 男 ・ 女
 生年月日：西暦 年 月 日 (才)
 住所：〒
 自宅 TEL：
 携帯 TEL：
 身長： cm 体重： kg

1) 該当項目に☑をお願いします。

【ご希望の検査】 胃カメラのみ 大腸カメラのみ (下剤内服なしは不可)
胃・大腸カメラ (下剤内服 なし あり)

【症状・所見】

胃痛・胸やけ バリウムで異常指摘 胃炎フォロー 胃潰瘍 (疑い)
便潜血陽性 便秘・下痢 大腸ポリープフォロー 血便精査 腫瘍マーカー高値
その他 ()

【検査希望日】

第1希望日： 月 日 () AM ・ PM
 第2希望日： 月 日 () AM ・ PM
 第3希望日： 月 日 () AM ・ PM

【抗血栓薬服用】 なし あり ()
休薬可 (日間) 休薬不可

【糖尿病治療】 なし あり ()

【透析治療】 なし あり ()

【胃切除歴】 なし あり ()

【妊娠・授乳】 なし あり ()

【お通じの頻度】 毎日 2～3日に1回 4～6日に1回 7日以上に1回

【大腸検査前の緩下剤お受取】 ※郵送はヤマト運輸着払いとなります。

クリニック (ららぽーと TOKYO-BAY 内) 事務所 (海浜幕張駅前 WBG 内) 貴院へ郵送 患者様ご自宅へ郵送

【検査結果のお渡し】

患者様には当日結果の説明を行い、検査結果書類につきましては貴院に郵送させていただきます。