

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

【医院間送迎】 希望する ※貴院様までお迎えにあがり、お送りさせていただきます。  
希望しない

【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】 ※郵送はヤマト運輸宅急便コンパクト着払いとなります。

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。