◆◆ 胃・大腸内視鏡検査のご予約を希望される方へ◆◆

＊下記のフォームに必要事項をご記入の上FAXで送信して下さい。

FAX:03－3577－8852

ふりがな			診察券番号 （メディカルポート共通番号） *お持ちの方のみ
お名前		男・女	
生年月日（西暦）	年　　月　　日生まれ　　歳		
住　所	〒　　－		
電話番号	□自宅　（　　）　　－　　通話可能な時間帯 □その他　（　　）　　－　　：　　～　　：		
ＦＡＸ	FAXでのご連絡をご希望の方は FAX番号をご記入下さい。　（　　）　　－		
希望検査	いずれかを〇で囲んで下さい。　胃内視鏡検査　・　大腸内視鏡検査		

検査希望日 申込日より7日後以降の日程でご予約下さい	第一希望日	第二希望日	第三希望日
	月　日　曜日	月　日　曜日	月　日　曜日

－ 内 視 鏡 検 査 を 受 け る 理 由 － ※該当するものを〇で囲んで下さい。

食道・胃・十二指腸、大腸についての症状がある	腹痛、　吐き気、　胸焼け、　腹部のしこり、　下痢、　血便、　便秘 その他（　　）
食道・胃・十二指腸、大腸についての病気がある	胃がん、　食道がん、　大腸がん、　胃潰瘍、　胃炎、　逆流性食道炎、　胃ポリープ、 十二指腸潰瘍、　大腸ポリープ、　大腸憩室症、　潰瘍性大腸炎、　痔 その他（　　）
健診で異常を指摘された	バリウムレントゲン検査、　便潜血検査、　ペプシノーゲン検査、　ピロリ菌検査 その他（　　）
医師に内視鏡検査を勧められた	はい　・　いいえ
現在飲まれているお薬	
その他	