

# 大腸内視鏡検査予約フォーム

神前クリニック FAX: 0993-78-3310

■お名前

■フリガナ

■性別

男性

女性

■生年月日

西暦

年

月

日

■年齢

歳

■住所

■日中のご連先電話番号

●ご自宅

—

—

●携帯

—

—

●ファックス番号

—

—

■大腸内視鏡検査を受ける目的

健診で異常を指摘された

自覚症状がある（血便、便秘、下痢、便が細い、腹痛など）

医師から検査を勧められた

症状はないけれど検診を受けたい

定期的な経過観察を受けたい（ポリープや大腸がんなどを指摘されたことがある）

その他（ ）

■内視鏡検査第1希望日

■第2希望日

■下記に該当される方はチェックと説明文をご覧ください。

便秘

（便秘の方はより効果的に腸をきれいにするために下剤内服をすすめていますので、一度来院をお勧めします）

血液サラサラの薬を内服している。

（ポリープ切除を行う場合、休薬の必要がありますので検査前に一度来院していただきます。検査のみの場合は休薬の必要はありません。）

■その他何かございましたらご記入ください。

神前クリニック FAX: 0993-78-3310