

小腸カプセル内視鏡検査 申込書

フリガナ	
氏名	様
生年月日	性別
年 月 日 (歳)	男・女



社会医療法人 平和会 吉田病院
消化器内視鏡・IBD センター
TEL 0742-45-9562
FAX 0742-45-6846

連絡先	自宅 ()	-
	携帯 ()	-
住所	〒	

依頼元医療機関名

ご担当医師名

検査予約日時
年 月 日 時 分

貴院次回診療日
月 日 / 未定

臨床診断
経過および検査目的

● 別紙確認項目のチェックをお願いします。

※ 当日朝は、普段お飲みの薬も原則的には一時中止として頂きますが、中止できない内服薬は少量の水で服用して頂きます。
(中止しない方がよい薬：抗痙攣薬、抗不整脈薬、抗血栓薬など。)