

下部消化管X線撮影(注腸検査)

- ①検査実施日：月～土曜日(午前中のみ)
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査申込書：記入欄にご記入下さい(2枚複写)。

① 病・医院控え

下部消化管X線撮影(注腸検査) 申込書

検査予約日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ		病・医院名	
受診者氏名	様	医師名	
生年月日	T・S・H 年 月 日(才)	ID No.	
性別	男 女		
住所	Tel.		

下部消化管X線撮影(注腸検査)の目的、主訴、病歴、手術歴等

既往歴：痔疾患 大腸ポリープ 胃切除 その他()

現病歴：消化管の閉塞・狭窄・穿孔・高度な便秘、またはその疑い

腎障害 心機能障害 高マグネシウム血症

急性消化管出血 線内障 前立腺肥大

うつ血性心不全 不整脈 甲状腺機能亢進症

気管支喘息 妊娠 授乳

感染症：HBs抗原(+-・不明) HCV(+-・不明) 梅毒反応(+-・不明)

過敏症の既往歴：硫酸バリウム製剤 ブスコパン キシロカイン

センノシド製剤 その他()

画像返却様式：フィルム CD-R ドクターウェブのみ

診断レポート：要 不要

ご注意

1. 事前に電話で日時を予約し、その日時を検査予約欄に記入してください。

2. 枠内に必要事項をご記入のうえ、前日までに当センターに送っていただきますようお願いいたします。

3. 正確な診断のため、検査前日の食事は指示された注腸食のみとしてください。前処置には別紙の「大腸X線検査(注腸検査)の準備表」や「大腸X線検査(注腸検査)を受けられる方へ」をご活用ください。

検査当日は、起床後、食事・水・牛乳・薬・タバコなど、一切口にしないでください。心臓や血圧の薬を内服している場合は、当日起床後、できる限り早くに少量の水で内服してください。糖尿病の薬の内服やインスリン注射はお控えください。お薬手帳等をご持参ください。

4. 予約時間の30分前にお越しください。ご都合が悪くなった場合は、前日までにご連絡ください。

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター
TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990

21-20159-0

- ④前 処 置：前日に注腸食を摂って下さい。
当日は、絶飲食でお願いします。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。