

# 〔個人〕 大腸CTドック申込書

●申込前に確認事項AとBをご確認のうえお申し込みください。

## 確認事項A

- ・2回来院が必要である  
1回目：問診票確認（検査食・薬剤処方あり）、2回目：検査実施
- ・外科医師による結果説明はなし（結果報告書の郵送のみ）

## 確認事項B

- ・下記①～⑩の検査対象外項目全てに該当しない

※検査対象外項目に1つでも外該当する場合は、大腸CTドックは受けられません。  
医療機関に受診しご相談ください。

〔大腸CT検査対象外項目〕	
①	自覚症状（排便時出血、腹痛、下痢等）がある
②	大腸または直腸疾患治療中（直腸脱、腹壁ヘルニア、ヘルニア等）である
③	1年以内に腹部（大腸など）手術歴や大腸ポリープ切除歴がある
④	潰瘍性大腸炎やクローン病と言われたことがある
⑤	人工肛門の造設をしている
⑥	薬剤アレルギー（ヨード系）がある
⑦	妊娠中、妊娠の可能性がある
⑧	食品（卵）アレルギー及び、食品嗜好により検査食が食べられない
⑨	取り外しのできないインスリンポンプ、持続グルコース測定器を使用している
⑩	植え込み除細動器（ICD）を使用している

●下記太枠の中の必要事項をご記入ください。

当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→〔ID： 〕		申込日	令和 年 月 日〔 〕	
フリガナ		性別	生年月日	年 月 日	年齢
氏名		男・女			歳
住所					
電話番号	— —				
【受診希望日】 ※問診確認日	希望月	令和 年 月			
	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 ※複数選択可			

※検査実施日は問診票確認日に医師が問診票内容を確認したうえで決定いたします。

〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部  
予約専用TEL:0267-46-8470 ※平日(祝祭日除く) 14時～16時

病院記入欄		
予約受付( / )	システム登録日( / )	書類送付日 ( / )