

事前処置説明予約日時	年	月	日	時	分頃
検査予約日時	年	月	日	時	分頃
検査依頼目的	1. 臨床診断名： 2. 臨床経過と依頼目的： ※大腸CTは、便検査の陽性反応など他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる場合には保険治療となります。腹痛や便秘、下痢、腹部膨満などの症状だけでは、保険適用とならず、自費治療となります。				
浣腸処置について	前処置不良の場合、浣腸処置について1回 場合によっては2回の処置の実施について ☐ 2回可 ☐ 1回のみ ☐ 不可 ←必ずいずれかにチェックを入れてください（浣腸せず、そのまま検査実施）				