内視鏡カメラのご予約を希望の方は、下記フォームに必要事項を記入してFAXで送信してください。

FAX：0875－23－2100	
診察券No.	お持ちの方のみ記入
ふりがな 氏　名	
生年月日（西　暦）	年　　月　　日
性　別	男性　　女性
住　所	〒　　－ 市　　町
電　話	※予約確認のお電話をいたしますので、日中にご連絡が可能な 電話番号でお願いします。携帯電話でも可能です。
検査希望日	第一希望　　月　　日 第二希望　　月　　日 第三希望　　月　　日
希望検査	○胃カメラ　　○大腸カメラ
内視鏡検査を受けられる理由	○胃・十二指腸・大腸についての症状がある （　　） ○胃・十二指腸・大腸についての病気がある （　　） ○健診で異常を指摘された ○医師に内視鏡検査を勧められた ○その他 （　　）
現在飲まれている薬	
ご質問など	