

検査前のお食事に関するご案内

下部消化管内視鏡検査・上部消化管内視鏡検査

検査前日： 年 月 日 ()

朝 食・・・消化の良いものをお摂りください。

*避けるものとして

- ・野菜（ごぼう、セロリ、きのこ類、ごま、豆）
- ・果物（いちご、キウイ、種のあるもの）
- ・海藻類（昆布、わかめ、ひじき）
- ・乳製品（チーズ、ヨーグルト、牛乳）
- ・アルコール類、果肉入りジュース etc…

昼 食・・・検査食（昼食用）をお摂りください。

夕 食・・・検査食（夕食用）をお摂りください。

☆夕食は夜8時くらいまでに済ませ、その後は検査が終わるまで禁食となります。

☆脱水防止のため水分はしっかり摂ってください。（水、無糖のお茶）

夜9時・・・下剤（プルゼニド3錠）、水（約40cc）を飲んでください。

☆通常飲んでいるお薬は飲んでください。

検査当日： 年 月 日 ()

何も食べずにご来院ください。お水はお飲みいただけます。

☆通常飲んでいる薬は飲まずにお持ちください。

ただし、高血圧・狭心症・不整脈といった心臓に関するお薬は当日朝も服用してください。

来院してから前処置のため腸の中をきれいにするお薬（モビプレップ）を飲んでいただきます。

健康診断・人間ドック問診票

ID 00251941		受診日 令和07年10月29日（水曜日）		
フリガナ	性別	生年月日		年齢
氏名	男・女	西暦	年　月　日	歳
ご自宅住所	電話番号	携帯番号		
〒				

*ご記入いただいた連絡先は、お忘れ物があった場合や緊急連絡時など必要な場合にのみ使用させていただきます。

下記項目について記入もしくはチェックをお願いいたします。

このような検査は今まで受けたことがありますか。		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
自覚症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> その他〔 〕		
現病歴 または 既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 * 現在治療中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
現在服用している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	薬のなまえ （血液の流れをよくする薬 ワーファリン、バイアスピリンなど） 〔 〕		
手術を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	その時の病名 〔 〕	年齢 〔 〕	〔 歳〕
家族の既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<input type="checkbox"/> 脳卒中（父・母・兄弟姉妹・祖父母） <input type="checkbox"/> 糖尿病（父・母・兄弟姉妹・祖父母） <input type="checkbox"/> がん（父・母・兄弟姉妹・祖父母）		
薬、食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	該当する薬や食べ物のなまえ 〔 〕		
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う（ 本／日、 年間）	<input type="checkbox"/> やめた
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む（ 毎日 ／ 時々 ）	<input type="checkbox"/> やめた
体にペースメーカーや金属が入っていますか。		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
◇女性の方のみ◇			
* 最終生理はいつですか（ ）年（ ）月（ ）日から（ ）年（ ）月（ ）日まで			
* 現在妊娠中、または授乳中ですか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（妊娠週／授乳中 ）
◇以下は人間ドックをお受けになる方のみご記入ください◇			
* 麻酔を使った時（歯医者含む）、気分が悪くなったことがありますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
* 義歯（取り外し可能な入れ歯）はありますか		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

検査前のお食事に関するご案内

□午前検査の方

検査前日： 年 月 日 ()

夜9時までに夕食を済ませてください。
その後は検査まで固形物は一切とらないでください。
水または無糖のお茶は少量ずつであればお摂りいただいても結構です。
☆通常飲んでいるお薬は飲んでください。

検査当日： 年 月 日 ()

食事はせずにご来院ください。
水または無糖のお茶は少量ずつであれば朝8時までお摂りいただいても
結構です。
☆通常飲んでいるお薬は飲まずにお持ちください。
ただし、高血圧・狭心症・不整脈といった心臓に関するお薬は
当日朝も服用してください。

□午後検査の方

検査前日： 年 月 日 ()

いつものようにお食事していただいて結構です。
☆通常飲んでいるお薬は飲んでください。

検査当日： 年 月 日 ()

朝7時までにパンや麺類等の消化の良い物を軽めに（いつもの半分くらい）
お摂りください。その後は検査まで固形物は一切とらないでください。
水または無糖のお茶は少量ずつであれば12時までお摂りいただいても
結構です。

☆通常飲んでいるお薬は飲まずにお持ちください。
ただし、高血圧・狭心症・不整脈といった心臓に関するお薬は
当日朝も服用してください。

健診オプション項目

団体名	株式会社P E E S		コース名	スタンダードドック	
個人コード	00251941	受診者名	ツボ 介 リュウタ	様	受診日 2025/10/29

<計測>

- 腹囲
- 胸囲
- 色覚
- 眼圧

<血液検査>

- 血液検査 基本5種7項目
- 総蛋白
- 尿酸
- クレアチニン
- 総ビリルビン
- HbA1c
- 腫瘍マーカー 項目
《CA19-9・CEA・PSA・CA125・NSE・その他_____》
- 甲状腺機能検査 (TSH・FT3・FT4)
- 血液型
- P-53自己抗体検査
- HIV

<その他>

- 尿沈渣
- 便潜血検査2回法
- 腹部超音波検査

- 子宮頸がん検査

- 心電図

- 胸部レントゲン

- 上部消化管内視鏡検査

- 下部消化管内視鏡検査

人間ドックご案内

渋谷駅前内科・内視鏡クリニック

東京都渋谷区渋谷3-29-17 J R 東日本ホテルメツツ渋谷2階

TEL03-6418-0024 FAX03-6418-0025

坪池 竜汰 様

この度は渋谷駅前内科・内視鏡クリニックにお申込みくださいまして誠にありがとうございます。
実施日など下記の様にご案内させていただきます。何かご不明な点や不都合がございましたらご連絡ください。

(フリガナ) ツボイケ リュウタ
お名前 坪池 竜汰 男性

生年月日 平成06年07月13日

ご住所

電話番号

日 時 令和07年10月29日（水曜日）

コース名 スタンダードドック

本日以下のものを同封いたしました。ご確認ください。

また、各検査容器は中に説明書がございますので、お読みになってご使用ください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 健康診断・人間ドック問診票 | <input type="checkbox"/> MRI・CTのご案内 |
| <input type="checkbox"/> 検査前のお食事に関するご案内 | <input type="checkbox"/> コース一覧表 |
| <input type="checkbox"/> 検査の注意事項 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査における病理検査について | 検査容器 |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査における病理検査・内視鏡治療について | <input type="checkbox"/> 便潜血検査（自己採取・2回法） |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査説明・同意書 | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査（自己細胞採取） |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査説明・同意書 | <input type="checkbox"/> 咳痰細胞診検査（自己採取） |

検査当日は以下のものをお持ちください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 健康診断・人間ドック問診票 | 検査容器 |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査における病理検査について | <input type="checkbox"/> 便潜血検査（自己採取・2回法） |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査における病理検査・内視鏡治療について | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査（自己細胞採取） |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査説明・同意書 | <input type="checkbox"/> 咳痰細胞診検査（自己採取） |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査説明・同意書 | |

お支払いについて

人間ドック代は、企業様宛に後日ご請求書をお送りいたします。

但し、**病理検査等保険診療分は、ご本人様負担となりますので、検査終了後に当院窓口にてお支払いいただきます。(保険診療分のお支払い方法はお現金のみです。)**

人間ドックご案内

渋谷駅前内科・内視鏡クリニック

東京都渋谷区渋谷3-29-17 J R 東日本ホルメツ渋谷2階

坪池 竜汰 様

TEL03-6418-0024 FAX03-6418-0025

この度は渋谷駅前内科・内視鏡クリニックにお申込みくださいまして誠にありがとうございます。
実施日など下記の様にご案内させていただきます。何かご不明な点や不都合がございましたらご連絡ください。

(フリガナ) ツボウケリュウタ
お名前 坪池 竜汰 男性

生年月日 平成06年07月13日

ご住所

電話番号

日 時 令和07年10月29日（水曜日）

コース名 スタンダードドック

本日以下のものを同封いたしました。ご確認ください。

また、各検査容器は中に説明書がございますので、お読みになってご使用ください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 健康診断・人間ドック問診票 | <input type="checkbox"/> MRI・CTのご案内 |
| <input type="checkbox"/> 検査前のお食事に関するご案内 | <input type="checkbox"/> コース一覧表 |
| <input type="checkbox"/> 検査の注意事項 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査における病理検査について | 検査容器 |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査における病理検査・内視鏡治療について | <input type="checkbox"/> 便潜血検査（自己採取・2回法） |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査説明・同意書 | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査（自己細胞採取） |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査説明・同意書 | <input type="checkbox"/> 咳痰細胞診検査（自己採取） |

検査当日は以下のものをお持ちください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 健康診断・人間ドック問診票 | 検査容器 |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査における病理検査について | <input type="checkbox"/> 便潜血検査（自己採取・2回法） |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査における病理検査・内視鏡治療について | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査（自己細胞採取） |
| <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査説明・同意書 | <input type="checkbox"/> 咳痰細胞診検査（自己採取） |
| <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査説明・同意書 | |

* お支払いは、検査終了後に当院窓口にてお願ひいたします。

人間ドック代に限り、お支払いにクレジットカードもご一括でご利用いただけます。

但し、**病理検査等保険診療分は、お現金でのお支払いとなりますので、ご留意ください。**

MRI・CTのご案内

ご予約日時：西暦 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

※当院の2件隣りにありますメディカルスキャニングで受けて頂きます。

ご予約時間の15分前までに、直接メディカルスキャニングの受付に行って頂き、お名前をお伝え下さい。

※完全予約制の為、ご予約時間に遅れた場合は、当院での他の検査が予定通りに行えない場合がありますので、十分お気をつけ下さい。

☆ MRI 注意事項☆

1 下記に該当する方は、MRI検査が出来ない場合があります。

事前にお電話でご相談下さい。

- 心臓にペースメーカーを埋め込まれている方
- 過去に手術や事故などで体内に金属を埋め込まれている方
(特に脳・血管・心臓の場合は、手術担当医にMRI検査を受けて良いかどうかご確認下さい。)
- 現在妊娠している方、または妊娠している可能性がある方
- 閉所恐怖症の強い方
- アートメイク、刺青をされている方

2 検査部位に関係なく、MRI検査には次の物を身に付けて入室する事が出来ません。

更衣室及び検査用の着替えをご用意しております。

- アイシャドウ…金属が含まれていますので、検査前に落として頂きます。
- 金属製の物…ピアス、ヘアピン、エレキバン、鍼灸針、入れ歯、コルセット、金具の付いた下着（スリップ、ブラジャー）等
- 機械、磁気カード類…腕時計、携帯電話、キャッシュカード、テレホンカードは、故障したり使用不能となります。また、磁石で固定するタイプの入れ歯は、検査後安定が悪くなる場合があります。事前にお問い合わせ下さい。

☆ CT 注意事項☆

現在妊娠している方、または妊娠している可能性がある方は、CT検査が出来ない場合があります。事前にご相談下さい。

※ 検査が終了しましたら、そのまま当院にお越し下さい。

メディカルスキャニングでのお会計はございません。

検査の注意事項

☆お薬を飲まれている方は検査当日の朝は服用せずにお持ちください。

但し、高血圧・狭心症・不整脈といった心臓に関するお薬は当日朝も服用してください。

☆アレルギー症状のある方、妊娠の可能性がある方は事前にお電話にてご連絡ください。

☆内視鏡検査にて異常やポリープが認められた場合、病理検査・ポリープ切除・上部消化管のみを同時に実施することができます。その病理検査料金は保険診療扱いになります。

詳細は別紙「上部消化管内視鏡検査における病理検査について」

「下部消化管内視鏡検査における病理検査・内視鏡治療について」をご覧ください。

☆検査後はアルコール類を摂らないでください。

☆鎮静剤を使用する場合がございますので、検査当日は車、バイク、自転車運転はしないでください。検査後の外出も避けてください。
(お車等を運転してのご来院も避けてください。

☆検査日のご都合が悪くなった場合、お早目にご相談ください。

無断キャンセルされた場合は、今後当院での健診・ドックのご予約をお断りさせていただきます。必ずご連絡いただきますようお願いします。

☆何かわからない事やお困りの事がございましたら、お気軽にお問合せください。

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3-29-17 JR東日本ホテルメッツ渋谷2階

渋谷駅前内科・内視鏡クリニック

TEL 03-6418-0024 FAX 03-6418-0025