

# 胃部バリウム検査をお受けいただく皆様へ

この調査票は胃部バリウム検査を安全に受診して頂くための問診票です。以下の内容をご確認いただき、できるだけ正確にご回答ください。

## 【胃部バリウム検査を受診する際に起こり得る極稀リスク】

- 便秘症や腸閉塞、消化管穿孔症例。
- 発泡剤飲用時に、体調不良。
- 過敏症(アレルギー)の発症による危険性。(例:アナフィラキシーショック)

上記の内容についてご理解をいただいたうえで安全確認のアンケートにお答えいただきますようお願いいたします。

氏名	様	性別	男・女	受診日	年	月	日
----	---	----	-----	-----	---	---	---

上記の内容を確認し、ご署名いただいた方は、次の質問にお答えください。

★ 太枠の中を記入して下さい

1. 今朝の飲食について 有 / 無	有の方へお尋ねします。 何( )を( )時頃に( )ぐらい摂取した。
2. 内服薬・インシュリン注射について 有 / 無	有の方へお尋ねします。 何の薬( )を( )時頃に飲みま(注射)した。 ※当日インシュリン注射及び糖尿病の薬を飲まれた方は受診出来ません。
3. 排便状況についてお答えください。 (日付記入と□に『√』チェック)	最終排便日 ( / ) 排便習慣 □毎日 □2日に1回 □3日に1回 □4日以上に1回(原則中止) 看護師問診にて記入 ( 硬結便 □ / バリウム検査後の病院受診歴 □ )

4. 次の項目で該当するものに『√』チェックをして下さい。以下の(1)~(10)に『√』チェックのある方は胃部X線検査が受診できません。		
(1) 妊娠又はその可能性がある。		□
(2) バリウム検査を受けて、アレルギーが出たことがある。		□
(3) 幼少時も含め、腸閉塞・腸重積・腸捻転の既往がある。		□
(4) 消化管(食道・胃・腸)に関わる病気で定期的に検査及び治療を受けている。		□
(5) 大腸ポリープ切除後2か月以内である。		□
(6) 1年以内の頭部・心臓・肺・消化管・腹部の手術既往(カテーテル術・ステント挿入・バルーン拡張を含む)がある。		□
(7) 1年以内に心疾患・脳卒中の発作を起こした方(疾病例:狭心症・心筋梗塞・弁膜症による意識消失・脳梗塞・脳出血など)		□
(8) 人工透析中である。または水分制限を伴う心不全・腎不全である。		□
(9) 体重が120kg以上ある。		□
(10) 本日の血圧が180/110以上の場合(どちらか一方が高い方)	看護師記載 本日の血圧 ( / )	□ 看護師記載
(11) 上記(1)~(10)に該当なし		□ 看護師記載

5. その他			
検査に対し不安なことがある。	はい	□	いいえ □

## 【5.その他の内容と下記の①~⑥の項目に該当される際は場合により検査中止の可能性がございます】

- |  |   |
|--|---|
| ① 当日の体調不良・検査前の飲食(量や時間による)                                      | □ |
| ② 誤嚥既往がある方(可能であれば内視鏡をお勧めします)                                   | □ |
| ③ 授乳中の方(下剤服用後、24時間断乳が可能な場合は検査可能)                               | □ |
| ④ 体位変換困難な運動障害または1年以内に整形外科の手術既往(損傷や麻痺、疼痛がなければ基本的には検査可能)         | □ |
| ⑤ 撮影指示に従うことが困難な方   | □ |
| ⑥ 喘息、メニエール病、めまい症、てんかん等、発作により検査に支障がでる疾患(ただし、投薬で発作が落ち着いていれば検査可能) | □ |

当日の医師・看護師・放射線技師が検査に支障や危険を伴うと判断した場合は中止となります。

【最終判断】 可 ・ 不可

※裏面はスタッフが確認いたしますので記入は不要です。

【スタッフ名(印鑑可)】

# 胃部X線検査レポート

事業所

年 月 日 撮影

氏名

様

フィルム番号

年齢

歳 (男・女)

下 剤                      錠追加

■自覚症状						
A.胸やけ	B.胃もたれ	C.つかえ感	D.胃 痛	E.吐 血	F.黒色便	G.血 便

上部消化管検査履歴							
年	集団検診	精密検査	内視鏡	検査結果	手 術	治 療	備 考
年	有	有	有		し た	治 療	
	異常	異常	異常		し ない	継 続	
年	有	有	有		し た	治 療	
	異常	異常	異常		し ない	継 続	
年	有	有	有		し た	治 療	
	異常	異常	異常		し ない	継 続	

■検査結果							
①胃潰瘍 (病変)	②十二指腸潰瘍 (病変)	③胃ポリープ	④胃炎	⑤胃変形	⑥憩室	⑦胆石	⑧十二指腸憩室
④腹部石灰化像	⑧胃角変形	⑨大腸ポリープ	⑩大腸炎	⑪その他 ( )			

一般財団法人 神奈川県労働衛生福祉協会

下剤と説明文の受け渡し確認欄      2錠      4錠

受診者サイン ( )

撮影技師への連絡事項

最終水分摂取時刻 (      時      分      ごろ)

むせこみ(誤嚥)注意

体動ゆっくり

ペースメーカーあり

胃切除 (      /      ) 例) 2/3切除

その他(      )

例：ピロリ菌 除菌後