バリウム検査　問診票

受診日:西暦　　年　　月　　日（　　）

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	性別	男・女
氏　名		年　　月　　日（　　歳）			

◆ 食事・飲水・服薬に関して

※ 下記時間を超えての食事・飲水はバリウム検査が予定通りできなくなる可能性がありますのでご注意ください

食事	飲水	内服
前日20時 まで	当日 6 時 まで	主治医へ相談 必要な薬は 朝6時までに内服

※ 糖尿病の薬・注射は原則朝中止

◆ 質問項目

1	バリウム検査を受けたことがある　「はい」と回答した方は下記質問を回答 バリウム検査の発泡剤で気分不快や嘔吐によって検査が中断したことがある	□ はい □ いいえ □ はい □ いいえ
2	誤嚥や誤嚥性肺炎を起こしたことがある　または　液体を飲む際にむせやすい	□ はい □ いいえ
3	胃部の自覚症状がある	□ はい □ いいえ
4	下記の中で使用しているものがある □ 補聴器　□ ペースメーカー　□ ループレコーダー(植込み型心電図)　□ 持続型血糖測定器(リブレ等) 装着部位:(　　)	□ はい □ いいえ はいの場合 ☑
5	現在、授乳中である 【はい】:検査後24時間の断乳ができない場合は検査を受けることができません	□ はい □ いいえ
6	胃の部分切除手術を受けたことがある 【はい】:発泡剤・ﾊﾞﾘｳﾑの量や撮影方法が変わる場合があります	□ はい □ いいえ
7	今回、何らかの手術を受けた後、初めてのバリウム検査である 手術日:　　年　　月　　日　病名・手術名:(　　) ※手術時期・手術内容によっては、検査が行えない場合があります	□ はい □ いいえ はいの場合記入

◆ 注意事項　下記に該当する方は必ず□にレを入れてください。該当項目がない方は右下□にレを入れてください。

※一つでも該当する方は胃検査の実施を見送らせていただきます。(胃部検査については、事前にお電話にてご相談ください)

- □ 体重 120kg以上
- □ 妊娠中または妊娠の可能性
- □ 検査前3日以上 排便なし
- □ バリウム検査でのアレルギー症状
- □ 検査中に体位の維持が困難
- □ 腸閉塞・消化管穿孔の既往
- □ 人工肛門あり
- □ 大腸ポリープ切除 3ヶ月以内
- □ 開腹・開胸手術 1年未満
- □ ICD(植込み型除細動器)使用中
- □ インスリンポンプ使用中
- □ 脳圧亢進でシャント装着中
- □ 透析中
- □ 慢性腎疾患や心不全で水分制限あり
- □ 消化管(胃・大腸)の悪性腫瘍(がん)で通院中または治療中
- □ 炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎・クローン病)・大腸憩室炎で通院中または治療中
- □ 大動脈瘤、大動脈解離で通院中または治療中
- □ 虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞等)で1年以内に発作あり
- □ 脳血管障害(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等)で1年以内に発作あり

□ 赤枠内に該当項目なし

上部消化管検査(バリウム検査)同意書

私は消化管造影検査の目的及び、危険性について検査説明書を読んだ上、様々な副作用の起こりうることを理解しました。診断のための必要性と危険性を考慮した上で検査を受けることに同意いたします。また、副作用がみられた時は必要な処置を受けることを承諾いたします。

伊奈病院病院長　殿

同 意 日(西暦)　　年　　月　　日　　署名(本人)

▼ 裏面も必ずお読みください