

胃部バリウム検査 同意書

安全に検査を行うため、以下の質問にお答えください。

○をつけてください。

1	「ある」の方 にうかがい ます。	今までにバリウム検査をしたことがありますか。		ない	ある	
		バリウム服用後、気分が悪くなったことはありますか。		ない	ある	
		「ある」の方は症状をお書きください。 症状:				
		検査後バリウムはスムーズに排泄されましたか。		はい	いいえ	
		「いいえ」の方は症状をお書きください。 症状:				
		前回の検査で異常は指摘されましたか。		いいえ	はい	
2	アレルギー性の病気がありますか。		ない	ある		
	「ある」の方にうかがいます。右記について 医師に言われたことがありますか。○をつ けてください。		喘息 アトピー性皮膚炎 ヨード造影剤禁忌 その他()			
	下記のような胃腸の病気をしたことがありますか。		ない	ある		
	「ある」の方は、右記の病 名に○をつけてください。		胃・十二指腸潰瘍 胃炎 胃切除 腸閉塞 クロウン病 潰瘍性大腸炎 大腸ポリープ その他()			
	以下のような症状がありますか。		ない	ある		
	「ある」の方は当てはまる 症状を○で囲んで下さ い。		胃痛 食べ物がつかえる感じ 胃のもたれ・重苦しさ 食事や飲水でのむせ 吐き気・嘔吐 胸やけ・げっぷ 食欲低下 その他()			
上記の症状はいつから ですか。		1ヶ月以内 3ヶ月位 半年以上前 その他()				
		上記の症状があるのはどんな時ですか。	食前 食後 夜中 その他()			
5	今日の体調はいかがですか。			良い	すぐれない	
6	検査前に喫煙をしましたか。			いいえ	はい	
7	便通は良いですか。			良い	2~3日出ていない	
8	食事でむせやすい方ですか。			いいえ	はい	
9	体重は100Kg未満ですか。			はい	いいえ	
10	(整形外科疾患治療中などで)検査台上での体位変換は難しくないですか。			支障なし	支障あり	
11	入れ歯安定剤を使用していますか。		入れ歯なし	使用なし	使用あり	
12	女性の方にうかがいます。妊娠中または妊娠している可能性はあり ますか。			いいえ	はい	

検査についてご理解の上、ご承諾いただきましたら、署名をお願いします。

令和 年 月 日

六ヶ所村地域家庭医療センター長

ご本人署名

※記入できない場合は代理人が記入 続柄()

《緊急時の連絡先》

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

※下記は記入不要です。

胃部バリウム検査 【 可 ・ 不可(理由:
下剤2錠追加 【 不要 ・ 要 】

)】

医師名