

受付No

撮影番号	検査日
社名(団体名) 〇〇〇〇(株)	所 属 △△支店
フリガナ シュツウ ハチ 氏名 俊秀 花子	1 男 昭和 2 女 平成 昭和51年3月15日 (50 歳)

次に該当する場合はレ点チェックを記入してください (チェックのある方は、原則検査が受けられません)

☐ 1. 妊娠、または妊娠の可能性がある
☐ 2. 現在、透析の治療を受けている
☐ 3. 検査当日の朝に糖尿病の治療薬を内服、またはインスリンを注射した インスリンポンプ、グルコース測定器を装着している
☐ 4. バリウムを飲んで誤嚥性肺炎を起こしたことがある
☐ 5. バリウムを飲んでアレルギーをおこしたことがある
☐ 6. 検査当日、食事をした

次に該当する場合はレ点チェックを記入してください (1 ～ 6 に該当する場合は医師の許可が必要です)

☐ 1. 過去1年以内に頭部・胸部・腹部の手術を受けたことがある	可 ・ 不可
☐ 2. 過去1年以内に脳梗塞をしたことがある	中止の理由
☐ 3. 過去1年以内に心筋梗塞をしたことがある	
☐ 4. 過去1年以内に整形外科手術 (椎体・股関節・靱帯) を受けたことがある	
☐ 5. 直腸潰瘍・大腸炎・大腸憩室炎をおこしたことがある	
☐ 6. 過去に腸閉塞になったことがある	医師名

下記に該当するものに〇印を記入をして下さい

既往歴 (有 ・ 無)
1. 胃炎 2. 胃潰瘍 3. 十二指腸潰瘍 4. 胃ポリープ 5. 胃がん (手術歴 年ごろ)
6. 逆流性食道炎 7. 食道がん (手術歴 年ごろ)
自覚症状 (有 ・ 無)
1. 胃部痛 2. 胸焼け 3. もたれ 4. げっぷ 5. 吐き気 6. 便通異常 (下痢 ・ 便秘)

バリウムの受診歴について	1. 今回が初めて
	2. 受けたことがある (前回 年)

ピロリ菌検査を受けたことが ありますか	1. なし
	2. ある → 検査は 陰性 ・ 陽性 (除菌済み ・ 未除菌)

ご家族 (血縁) で胃がんにかかったことがありますか	1. なし
	2. ある (父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟 ・ 子供)

現在、授乳中ですか	1. はい 2. いいえ
-----------	-----------------

※胃検診注意事項

1. 前日の22時以降から当日検査終了までは食事をしないでください。
2. 前日は就寝前までの水分摂取はしていただいて構いません。(アルコールは不可)
3. 当日は検査の2時間前まで200ml までの飲水 (水や白湯) は可能です。(摂取量をお守りください)
4. 心臓病・高血圧の薬を服用の方は検査の2時間前までに水、または白湯でお飲みください。
5. 上記注意事項 4. 以外の内服薬に関しては主治医に確認の上、検査前に内服するか、または検査後に内服するかの指示を受けてください。