

8 2 胃部X線(バリウム)検査受診・問診票



受付番号	
生年月日	
電話番号	
受診日	

緑枠内の印字内容をご確認ください。
 (会社名、所属、氏名(カナ)、生年月日、性別)
 白紙の受診票の場合は、
 「会社名・氏名(カナ)・生年月日・性別」をご記入ください。

受診対象者番号 0000015153800219

別紙、胃部X線(バリウム)検査受診前の確認事項に該当にする方は検査をお断りしております

女性の方へ：妊娠中またはその可能性がありますか（ある方はお断りしております） ない ある

医師記入 受診可・受診不可()

胃部X線 誤嚥

女性の方はどちらかに をしてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

青枠をご記入ください。（鉛筆またはシャープペンを使用）
 「はい」「いいえ」どちらか をご記入ください。
 別紙の注意事項を必ずお読みください。

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

3. 今までにピロリ菌の検査を受けたことがありますか

「はい」の場合、検査を受けた結果は 陽性(+) 陰性(-)

陽性の方は除菌療法を受けましたか 放置 (88)年前に除菌済 除菌不成功 除菌未判定

4. 今までに胃の病気を言われたことがありますか

(胃がん・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・胃ポリープ・胃炎など)

はい いいえ

5. 過去に消化管(胃や大腸)の手術をしたことがありますか

「はい」の場合 (病名:) 時期: 88年前

はい いいえ

6. 次の病気を言われたことがありますか (はいの方はあてはまるものに○をつけてください)

・心筋梗塞・狭心症・糖尿病・腸閉塞・大腸がん・大腸憩室炎・便秘症・腎臓病

はい いいえ

7. 現在、消化管(胃や大腸)に病気がありますか

「はい」の場合 (病名:)

はい いいえ

8. 最近、胃の症状で気になることはありますか (症状:)

はい いいえ

9. 血縁者の中で胃がんになった人がいますか

はい いいえ

10. 検査日を含まず3日以上排便がない

(はいの方は検査を受けることができません)

はい いいえ

忘れずに記名してください。

今回の検査内容について、胃部X線(バリウム)検査受診前の確認事項(別紙1~6)を理解した上で、胃部検査を受けます

自署: 年 月 日 氏名

スタッフ記入欄

偶発症 あり

黒点線枠内、記入不要