

□ 問診チェック済

# 胃 集 団 検 診 票

胃透視造影検査用

BP( / )

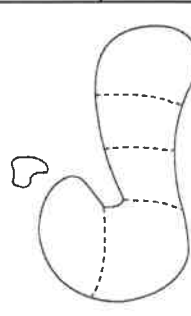
|         |     |   |   |   |
|---------|-----|---|---|---|
| フィルム No | 撮影日 | 年 | 月 | 日 |
|---------|-----|---|---|---|

※裏面の『事前問診』を記入し、ご理解頂けたら太枠内をご記入ください。

受診者記入欄

|                         |          |       |   |        |                     |
|-------------------------|----------|-------|---|--------|---------------------|
| 集団名                     | 山陽小野田市   |       | 住所  | 〒      |                     |
| フリガナ                    |          |       |   | 山陽小野田市 |                     |
| 氏名                      |          |       |   |        |                     |
| 生年月日                    | 性別       | 年度末年齢 | 歳   | 電話番号   | ※日中連絡が付く電話番号<br>- - |
| 胃のバリウム検査を受けたことがありますか    |          |       | 1. 前年度に受けた    2. 前々年度に受けた    3. 前々々年度に受けた<br>4. なし又は、「3.前々々年度」以前に受けた    9. 分からない<br>その時の結果は 異常なし・要精密検査<br>精密検査の結果【・異常なし・異常あり 病名( )】・未受診 |        |                     |
| 次のような自覚症状はありますか         |          |       | 1. なし    2. <u>あり</u> →    ( ・胃痛 ・胃もたれ ・吐き気 ・食欲不振 ・胸やけ )<br>9. 分からない    ( ・誤嚥 ・下痢 ・便秘 ・その他( ) )   |        |                     |
| 右記の消化器系の病気に なったことがありますか |          |       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    →    ( ・胃 癌 ・胃ポリープ ・十二指腸潰瘍 )<br>( ・胃潰瘍 ・その他( ) )    ・治療中<br>・治癒<br>・放置       |        |                     |
| 胃の手術をしたことがありますか         |          |       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    →    ・胃部分切除( /3) ・胃全摘 ・その他( )  |        |                     |
| その他、消化器系の手術をしたことがありますか  |          |       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    →    ・食道 ・大腸 ・小腸 ・その他( )   |        |                     |
| ピロリ菌の                   | 検査をしたことが |       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    →    ・陽性    ・陰性    ・不明   |        |                     |
|                         | 除菌したことが  |       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    →    ・成功    ・失敗    ・不明   |        |                     |
| 胃がんの家族歴はありますか           |          |       | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    →    ・父母    ・兄弟姉妹    ・その他( )   |        |                     |

スタッフコメント記入欄

| 1.間接    2.直接    3.D R |             |      | 読影日  |     |     | 年 月 日 |   | シングル | ダブル |  |  |  |
|-----------------------|-------------|------|------|-----|-----|-------|---|------|-----|--|--|--|
| 判定                    | 体位          |      | 所見   |     | 部位  |       |  <p>※精検不要の場合は、所見名を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 有所見精検不要</p> |      |     |  |  |  |
| 1                     | 前壁上部        | 背第一  | 透亮像  | 辺不整 | 穹窿部 | 球部    |   |      |     |  |  |  |
| 2                     | 前壁下部        | 背第二  | ニツシェ | 変形  | 噴門  | 大彎    |   |      |     |  |  |  |
| 3a                    | 腹臥位         | 半立位二 | 集中   | 手術胃 | 体上  | 小彎    |   |      |     |  |  |  |
| 3b                    | 立位正         | 右側臥位 | 粘膜異常 |     | 体下  | 前壁    |   |      |     |  |  |  |
| 4                     | 立位一         | 圧迫   | 壁硬化  |     | 胃角  | 後壁    |   |      |     |  |  |  |
| 5                     | 背正          | 頭低二  |      |     | 前庭  |       |   |      |     |  |  |  |
| D                     | 理由を記入 ( )   |      |      |     |     |       |   |      |     |  |  |  |
| F                     | 胃外所見を記入 ( ) |      |      |     |     |       |   |      |     |  |  |  |

※精密検査を担当された方は、精密検査結果報告書に記入後、本検診票と併せて下記検診実施機関へご返却ください。

福岡県集団検診協議会

検診実施機関

一般財団法人 医療情報健康財団  
〒812-0025 福岡市博多区店屋町4-15 092-272-2391

# 事前問診

※持病があれば、事前に主治医の検査許可をもらい、問診時に申し出て下さい。

◎下記に該当する場合は、安全な検査をご提供するため、検査が受けられません

いいえ  はい  に チェックを入れてください。

- |  |                              |                             |          |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------|
| 1. 血圧 180/110mmHg (重症高血圧) 以上ある                             |                              |                             | ⇒当日確認します |
| 2. 体重120kg以上ある (機械的制限のため)                                  |                              |                             | ⇒当日確認します |
| 3. 血便もしくは便秘 (女性5日以上、男性3日以上) がある                            | いいえ <input type="checkbox"/> | はい <input type="checkbox"/> |          |
| 4. バリウム製剤・発泡剤・食品添加物にアレルギーがある                               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 5. けが・持病・手術等により水分制限 (透析など) や<br>運動制限 (体位の保持・寝返りが困難等) をしている | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 6. 人工肛門を装着している   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 7. 過去2ヶ月以内に大腸ポリープを切除した                                     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 8. 妊娠中および妊娠の可能性がある   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| ※下記9～14に該当時は当日にリスク説明後下記にサインの上検査可能です。                       |                              |                             |          |
| 9. 当日、主治医の指示で血糖を下げる薬を服用している                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 10. 3年以内に腸閉塞の既往がある   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 11. 1年以内の開胸、開腹手術がある (腹腔鏡を含む)<br>⇒病名 ( )                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 12. 日常的に誤嚥する   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 13. 1年以内の脳疾患、心臓の発作がある                                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
| 14. 現在、治療中、罹患中、経過観察中の消化器系の疾患がある<br>⇒病名 ( )                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |          |
- ※特に胃や腸 (クローン病・潰瘍性大腸炎) など消化器系

9～14 に該当する方で検査を希望される場合は、リスクをご理解された上で、サインをお願いします  
財団クリニック 診療所長

リスク理解済 受診者サイン【 \_\_\_\_\_ 】

※当日の体調や持病 (喘息、メニエール、パーキンソン等) の状態、指示に従って動くのが困難な場合、  
問診時や撮影中に中止になる場合がありますので、ご了承下さい。

◎検査前日からの準備 (重要: 検査精度が悪くなり結果に影響を及ぼしますのでご協力お願いします)

- 検査前10時間以内 (前日夜9時以降が目安) の食事はしないで下さい。  
(前日夜のアルコール・消化の悪い物 (肉類等) ・多量の食事は、お控え下さい。)
- 検査当日 (起床後)  
検査の2時間前からは絶飲して下さい。(2時間前までは100ml 程度のお水のみ可能)  
(内服薬がある場合は2時間前に100ml 程度のお水で服用して下さい。)  
※水以外は必ず避けて下さい。(お茶・コーヒー・ガム・タバコなども含む)
- 当日、血糖を下げる薬を服用中の方は事前に主治医に確認して下さい。  
(低血糖状態になると、検査中に意識喪失による転倒のおそれがあり危険です。)