

胃透視（バリウム検査）問診票・同意書

医師

患者氏名： 殿（ 年 月 日生）

以下の質問にご記入いただき、検査当日この用紙をお持ちください。

1. 今までに胃透視検査（バリウム検査）を受けたことはありますか？
はい いろいろ
2. 受けられたことがあれば、その時に何か指摘されましたか？
はい（病名： ） いろいろ
3. 受けられた時バリウムや注射薬で副作用はありましたか？
はい いろいろ
（内容： ）
4. 胃の手術を受けられたことがありますか？
はい いろいろ
5. 次の病気で言われたことがあるものを丸で囲ってください。
緑内障 前立腺肥大症 心筋梗塞 狭心症 糖尿病
褐色細胞腫 肝硬変 腸閉塞 大腸がん 強度の便秘
6. 近頃、便が特に出にくいということはありませんか？
普通 出にくい
7. その他、何か不安や心配なことがあればお書きください。

8. 今回の検査内容につきまして、ご理解・ご納得いただき、胃透視検査（バリウム検査）を受けることに同意されましたら下に署名をお願いします。

平成 年 月 日 氏名： _____