胃透視（バリウム）検査　問診表　出向検診バス用

平成　年　月　日記入

ふりがな		男・女	生年月日
氏名			S･H　年　月　日（　歳）

次の質問にお答え下さい。

1. これまでにバリウムの検査を受けられたことがありますか？ ----------→ 【 はい ・ いいえ 】

【はい】と答えられた方へ

検査を受けた時に以下のようなアレルギー症状（ショック症状）が出たことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

【はい】と答えられた方は、その時の症状に〇印をつけて下さい。

1. じんましん	2. 気分が悪い	3. 顔色が青白くなる	4. 息苦しい
5. 手足が冷たくなる	6. のどがつまる	7. 腹痛	
8. その他（　　）			

2. 日常の排便について〇印をつけて下さい。

1. 毎日排便がある	2. 便秘症である

3. これまでに胃の病気または手術をされたことがありますか？ ----------→ 【 はい ・ いいえ 】

【はい】と答えられた方は、その病名に〇印をつけて下さい。

1. 胃潰瘍	2. 十二指腸潰瘍	3. 胃切除
4. その他（　　）		

4. 最近の胃部の自覚症状はありますか？ ----------→ 【 はい ・ いいえ 】

【はい】と答えられた方は、その症状に〇印をつけて下さい。

1. はきけ	2. 胃痛	3. もたれ	4. 食欲不振

ご記入ありがとうございました。

2013.8.1