

ID	
名前	様 (男・女)
生年月日	年 月 日 (才)

胃X線(胃バリウム)検査問診票

医師確認印	技師確認印

以下の質問にお答えください。

1	裏面の注意事項をお読みいただけましたか？	はい	まだの場合は裏面をお読みください	
2	以前にバリウム検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ ↓ 4.に進んでください	
3	以前のバリウム検査の際、じんましん、気分が悪い、手足が冷たくなる、のどがつまる、息苦しい、意識消失などの症状がでたことがありますか？	はい ↓ 症状に○をつけてください	いいえ	
4	薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ 「はい」の場合はその薬や食べ物の名前を書いてください。 薬： 食べ物：	はい ↓ 薬・食品の名前を左に書いてください	いいえ	
5	胃の手術を受けたことがありますか？ 「はい」の場合は手術内容を書いてください。 例：胃2/3切除、胃カメラでがん切除、胃カメラでポリープ切除など ()	はい ↓ 手術内容を左に書いてください	いいえ	
6	日常の排便について当てはまるものに○をつけてください。	毎日	2-3日に1回	4日以上に1回
7	ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ ↓ 質問は終了です	
8	7. で「はい」の場合はその結果で当てはまるものに○をつけてください。	陽性	陰性 ↓ 質問は終了です	
9	8. で「陽性」の場合、除菌治療を受けましたか？	はい	いいえ ↓ 質問は終了です	
10	9. で「はい」の場合、除菌は成功しましたか？	はい	いいえ	不明