

胃透視(バリウム)検査 確認書

一般社団法人ウェルビーイング横浜
担当施設院長 殿

～ご注意～
ボールペンでご記入ください

ID :	
氏名 :	

1 検査の目的

胃透視検査は、バリウム（造影剤）を飲んで発砲剤（炭酸）で胃を膨らませ、X線（レントゲン）を連続的に照射しながら撮影し、食道、胃、十二指腸に病変がないかを観察する検査です。バリウムが粘膜の表面を滑りおちていく様子及び粘膜への付着状況を撮影することで、ポリープ、隆起、陥凹などの有無を捉えることができます。

2 検査の流れ

初めに発砲剤と少量のバリウムを飲み、その後追加でバリウム120mlを飲みます。検査終了まではゲップは我慢してください。胃の粘膜にバリウムを付着させるため、撮影台の上で体を左右に動かしたり、回転及び頭部を下げるなどの体位をとっていただきます。検査時間は、5～10分程度です。

※ 神経疾患や整形外科疾患などがあり自力で立位を保持することや撮影台の手すりを掴むことが難しい方は、検査中の安全を確保できないため検査をご受診できません。

3 検査前の注意事項

検査当日に胃の中に食べ物が残っていたり、水分が多いと撮影・読影診断の妨げになり、また、嘔吐や誤嚥を生じるリスクがあることより、検査をお断りまたは中断する場合がありますので予めご了承ください。

特に、糖尿病や肥満症、メディカルダイエットで、GLP-1受容体作動薬、もしくはGIP/GLP-1受容体作動薬を使用している方は、食事制限を守られた場合も、食物残渣が見られることがあるため、事前に主治医にご相談ください。

1) 食事について

食事について 受付時間の10時間以内は食事をしないでください。

2) 飲水について

飲水について 受付時間の2時間以内の飲水は200ml迄でしたら差支えありません。（水のみ）

3) その他

着脱可能な医療機器（持続型血糖測定器、インスリンポンプなど）は、本体の作動に影響を及ぼす可能性があるため、主治医に確認の上、検査前に必ずお外してください。

4 検査後の注意事項

検査終了後は水分を多めに取り、バリウムを早く体外へ排出するよう心掛けてください。

検査後に腹痛が出現した場合や、2日以上経っても排便が無い場合は最寄りの医療機関、もしくは下記の問い合わせ先にご連絡ください。

5 検査に伴う危険性・副作用・偶発症について

バリウムによる影響で、便秘・一時的な下痢・肛門部痛・吐き気などが出現することがあります。また、稀ではありますが、偶発症としてバリウム過敏症と呼ばれるショック（アレルギー症状）、嘔吐、誤嚥、憩室炎、バリウム虫垂炎、腸閉塞、消化管穿孔を引き起こすことが報告されています。万が一このような偶発症が生じた場合は、適切に対処致します。安全に検査を行うために、下記の禁忌事項をご確認ください。

裏面に続く

6 被ばくについて

バリウム検査の被ばく量は平均 3.0 mSv で、成人の健康に影響するほどではありません。

ただし、妊娠中、または妊娠の可能性のある方は、胎児への影響があるためバリウム検査をご受診できません。

7 代替可能な検査について

バリウム検査以外の代替可能な検査は内視鏡検査（胃カメラ）と、胃がんABC検査（採血）です。ご質問やご要望があればスタッフまでお申し出ください。

胃透視（バリウム）検査の禁忌事項

下記の事項に該当することがないかご確認ください。

当院では、下記の1～8の事項に当てはまる方は、バリウム検査が受けられません。

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1. 治療中のご病気で、水分制限がある（血液透析・腹膜透析中の方等） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2. バリウム製剤に対する過敏症がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3. 腸閉塞・クローン病・憩室炎の既往、もしくは現病歴がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 4. 消化管穿孔の既往歴がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 5. 腹部手術後（開腹手術、腹腔鏡手術、帝王切開など）、術後12ヶ月を経過していない | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 6. 大腸内視鏡下ポリペクトミー術後30日を経過していない | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 7. 妊娠中または妊娠の可能性がある | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 8. 検査当日の血圧値が、BP180/110mmHg以上の重症高血圧症である | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 9. 検査当日の体重が130kgを超えている | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

胃透視（バリウム）検査の準禁忌事項

- 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器（ICD）を装着している はい いいえ

上記で『はい』を選択された方は、以下の内容をご確認ください。

ペースメーカーが挿入されている部位を教えてください。（前胸部・腹部・その他： ）

腹部にペースメーカーが挿入されている方は、胃透視（バリウム）検査を行うことはできません。

前胸部にペースメーカーが挿入されている方には、当院では安全を考慮し、医療機器本体に直接放射線が当たらないように撮影方法を変更して検査を行っています。そのため、食道の撮影を行うことができません。あらかじめご了承ください。

私は、今回の検査内容に関しまして、上記の目的や禁忌事項及びそれに伴う危険性・偶発性等、その必要性について理解・納得致しました。つきましては、胃透視（バリウム）検査を受けることに同意致します。

【受診者ご本人署名欄】

西暦 年 月 日 時 分 署名：

【保護者又は、成年代理人署名欄】 （※）受診者が署名できない場合、及び20歳未満の方

西暦 年 月 日 時 分 署名： （続柄： ）

連絡先(電話)：

看護師・放射線科技師
確認者サイン（印）