

## ★ 胃バリウム検査を受けられる方へ

**腹痛や吐き気、強く咳き込むなど、体調不良時はバリウム検査を受診できません**

また、下記に該当する項目がある場合、検査を中止させていただく場合があります。

安全に検査を受けていただくために、ご理解とご協力をお願い致します。

| 疾患など    |                         | 状態                     |
|---------|-------------------------|------------------------|
| 消化管疾患   | 消化管手術の既往                | 術後1年以内                 |
|         | 腸閉塞の既往                  | —                      |
|         | 腸ヘルニア（鼠経ヘルニア含む）         | 通院中、術後1年以内             |
|         | 炎症性疾患<br>（潰瘍性大腸炎、クローン病） | 症状あり、もしくはコントロール状況不明    |
|         | 大腸ポリープ                  | 術後3カ月以内                |
|         | 大腸憩室                    | —                      |
|         | 憩室炎                     | 通院中・既往あり               |
|         | 便秘                      | 検査前72時間排便なし、前回検査後の排便困難 |
| 循環器疾患   | 心疾患                     | 1年以内に発作あり              |
|         | 心血管系疾患手術の既往             | 術後1年以内                 |
|         | 不整脈                     | アブレーション治療1年以内          |
|         | 大動脈瘤                    | ※主治医に確認                |
|         | 高血圧                     | 180/110mmHg以上          |
| 呼吸器疾患   | 手術の既往                   | 術後1年以内                 |
| 脳血管障害   | 脳血管障害                   | 1年以内に発作あり              |
|         | 頭部手術の既往                 | 術後1年以内                 |
|         | 脳圧亢進                    | シャント術                  |
|         | 脳動脈瘤                    | ※主治医に確認                |
| 運動障害    | 麻痺・疼痛・筋力低下              | 体位保持・体位変換困難            |
|         | 手術の既往                   | 術後1年以内                 |
| 腎疾患     | 透析中                     | —                      |
|         | 慢性腎疾患                   | 水分制限あり                 |
| 医療器具装着者 | インスリンポンプ装着者             | 取り外しができない場合            |
|         | 持続グルコース測定器装着者           |                        |
| その他     | バリウムアレルギー               | —                      |
|         | 検査実施後の体調不良あり            | —                      |
|         | 誤嚥                      | バリウム誤嚥歴あり              |
|         | 体重130kg以上               | —                      |
|         | 妊娠中（疑いを含む）              | —                      |
|         | 半年以内に同部位検査実施<br>（予定含む）  | —                      |