

硫酸バリウム製剤によるX線検査(胃・大腸)を受診されるみなさまへ

硫酸バリウム製剤を使用した胃や大腸のX線検査により、まれにショックなどの重篤な過敏症（アレルギー症状）や「消化管穿孔（腸閉塞、腹膜炎）」などの副作用が起こることがあります。

このような重篤な副作用を予防するために、また、早期に発見するために、次の点についてご注意ください。

◆過敏症（ショック）を予防するために

検査後、つぎのような症状がでたときには、すぐに最寄の医療機関を受診し、適切な治療を受けてください。

<注意していただく症状>

じんましん、気分が悪い、顔色が青白くなる、手足が冷たくなる、喉がつまる、息苦しい、息がしにくい など

◆消化管穿孔（腸閉塞、腹膜炎）を予防するために

検査後、硫酸バリウムが長時間腸内に残っているとだんだん硬くなり、排泄しにくくなります。そのために、消化管穿孔（消化管に穴が開く）、腸閉塞（消化管に硫酸バリウムが詰まる）、バリウム腹膜炎などの重篤な症状を引き起こすことがあります。できるだけ早くバリウムを排泄させるために、次の点に注意してください。

1. 検査後に渡された下剤は必ず指示どおりに、できるだけ多くの水で服用してください。
2. 帰宅後もできるだけ多くの水分を摂ってください。
3. 便意を感じなくても、定期的にトイレに行くよう心がけてください。
4. 検査後の数日間は、排便の状況を確認していただき、バリウム便が排泄されない場合や持続する便秘、嘔吐、嘔気、腹痛、腹部膨満感などの症状があらわれた場合には、すぐに最寄の医療機関を受診してください。

緊急連絡先

胃・大腸X線検査の問診票

検査日 年 月 日

氏名 _____ 性別（男・女） 年齢 才

次の質問にお答えください。

1. 以前に胃または大腸のX線（バリウム）検査を受けられた時に、アレルギー症状が出たことがありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」と答えた方はその症状に○印をつけてください。

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

2. 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・いいえ】

「はい」と答えた方はその薬や食べ物の名前を記入してください。

（薬の名前： _____ ）

（食べ物の名前： _____ ）

3. アレルギー性の病気がありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」と答えた方は該当するものに○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|-------------|--------|----------|
| 1. アトピー性皮膚炎 | 2. アレルギー性鼻炎 | 3. 花粉症 | 4. 気管支喘息 |
| 5. その他（ | ） | | |

4. 飲み込むときに、むせたり、咳き込んだりすることがありますか？ 【はい・いいえ】

5. 日常の排便について○印をつけてください。

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. 毎日排便がある | 2. 便秘気味である（2～3日に1回の排便） |
| 3. ひどい便秘症である（4日以上に1回の排便） | |

6. 現在、消化管（胃や大腸）に病気がありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」と答えた方はその病名を記入してください。（病名： _____ ）

7. 腹部の手術をしたことがありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」と答えた方はその病名を記入してください。（病名： _____ ）

8. 現在治療中または服薬中の病気がありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」と答えた方は該当するものに○印をつけてください。

- | | | | | |
|---------|--------|--------|--------|----------|
| 1. 糖尿病 | 2. 高血圧 | 3. 心臓病 | 4. 緑内障 | 5. 前立腺肥大 |
| 6. その他（ | ） | | | |

9. 女性の方にお聞きします。妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ 【はい・いいえ】

10. 検査はバリウムの飲用や透視台の上での体位変換があります。検査を受けるうえで体調に不安はありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」と答えた方は該当するものに○印をつけてください。

- | | | |
|----------|---------|----------------|
| 1. 気分が悪い | 2. 熱がある | 3. 2～3日便が出ていない |
| 4. その他（ | ） | |

ご記入ありがとうございました。