

(様式第9号)

胃がん検診偶発症報告書 (内視鏡検査・X線検査) いずれかに○をして下さい

受診者	氏名 又は イニシャル		性別	1. 男 2. 女	検診時 年齢	歳	月
	住所		生年月日	大・昭	年	月	日生
報告者	氏名	1. 実施者 2. 責任者 3. その他( )					
	医療機関名						
	住所		電話番号				
検診実施 場所	医療機関名						
	住所						
検診状況	実施日	平成 年 月 日 ( )	AM・PM	時	分		
	事前説明	1. 有 2. 無し 3. その他( )					
	同意書	1. 有 2. 無し					
	全身症状	1. 有 ( 症状: 治療薬品名: ) 2. 無し					
概要	発生日	平成 年 月 日 ( )	AM・PM	時	分		
	前処置	1 咽頭麻酔 2 鼻腔麻酔 3 鎮痙薬 4 鎮静薬 5 鎮痛剤 6 その他( )					
	検査	1 出血 2 裂創 3 穿孔 4 その他( )					
	症状	(徴候・臨床経過・診断・処置など)					
症状の 程度	1. 重い	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 [ 病院名: 医師名: 平成 年 月 日入院 / 平成 年 月 日退院 ]					
		2. 入院等なし					
症状の 程度転帰	転帰日	平成 年 月 日					
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状) 5 死亡 6 不明						
備考	(その他報告事項)						