

検診日：令和 年 月 日

受診番号		生年月日	T S	年 月 日
受診者名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
検査中断の理由および状況				

※偶発症の場合は、下記も記入してください

基礎疾患	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし			
内視鏡の機種	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻			
偶発症の種類	<input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 粘膜裂創 <input type="checkbox"/> 気腫（穿孔との重複も含む） <input type="checkbox"/> 生検部位からの後出血 <input type="checkbox"/> 前処置役によるアナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> その他の偶発症			
部位	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> その他の偶発症			
重症度	<input type="checkbox"/> 軽症（処置なし） <input type="checkbox"/> 中等度（処置あり） <input type="checkbox"/> 重症（入院） <input type="checkbox"/> 死亡			
転帰	<input type="checkbox"/> 入院（検査施設、他院） <input type="checkbox"/> 外来（他院紹介） <input type="checkbox"/> 帰宅（検査施設対応）			
入院医療機関				
偶発症発症時の状況				

検診実施医療機関 所在地  
 医療機関名  
 医師名  
 電話番号