

## 胃バリウム・胃内視鏡検査の注意事項

上部消化管疾患で治療中や手術を受けられた方は、かかりつけの病院での検査をお勧めします。  
ただし、主治医から健診での検査を許可された場合はこの限りではありません。  
下表で、疾患別のバリウム検査と内視鏡の可否を示しました。ご不明な点はご連絡ください。

○：実施可 ×：実施不可 △：主治医または健診診察医の許可が必要

疾患名		状態	バリウム	内視鏡
消化器疾患	胃の手術歴	胃全摘後、胃亜全摘後、内視鏡的術後で経過観察中の方	×	×術後1年以内
	胃以外の消化管手術歴	術後1年以内	×	○
	開腹手術歴（消化器以外も含む）	術後1年以内	×	○
	大腸ポリープ内視鏡的切除	術後3ヶ月以内	×	○
	腸閉塞・腸捻転の既往		×	○
	腸穿孔の既往		×	○
	大腸憩室	腹痛など憩室炎の症状がなければ	○	○
	上部消化管疾患	治療中	×	×
	潰瘍性大腸炎・クローン病	治療中	×	○
	便秘	3日間以上排便がない方、過去のバリウム検査で便秘が強かった方	×	○
循環器疾患	下痢	炎症のある急性期や下血のある方	×	×
	狭心症・心筋梗塞	1年以内に症状があった方は不可、それ以外は主治医の許可があれば可能	×	△
	心不全・その他の心臓病	水分制限あり	×	○
	心疾患術後	術後1年以内	×	×
呼吸器疾患	胸・腹部大動脈瘤		△	△
	喘息	発作中、発作頻回	×	×
	慢性呼吸器疾患	在宅酸素療法中	×	×
脳血管疾患	肺の手術の既往	術後1年以内	△	△
	脳血管障害（出血・梗塞）	麻痺や嚥下障害あり	×	△
	脳動脈瘤		△	△
	頭部手術の既往	術後1年以内、または脳室シャントあり	×	×
腎疾患	認知症など	理解困難がある場合	×	×
	透析中		△	○
糖尿病	慢性腎疾患	水分制限あり	×	○
	糖尿病	当日検査前にインスリン注射や血糖降下薬内服を行った場合	×	×
整形外科疾患	整形外科手術の既往	術後1年以内	×	△
その他	アレルギー		× バリウム 発泡剤	× キシロカイン
	誤嚥	バリウム誤嚥歴がある方 誤嚥しやすい方	×	△
	体位変換困難		×	○
	メニエール病	原則的に不可	△	△
	体調不良	原則的に不可	△	△
	80歳以上		△	○
	体重135kg以上			×
	体重130kg以上		×	
	妊娠中または妊娠疑い		×	×
	授乳婦		○	×

胃X線検診安全基準（日本消化器がん検診学会関東甲信越地方会）に準拠（一部改変）

## 各検査の注意事項

以下に該当する方は検査を受けることができません。※は注意事項です。

### 胸部レントゲン・肺ドック・内臓脂肪CT

- 妊娠中または妊娠疑い

### 腹部超音波検査

※検査対象臓器は肝臓、胆嚢、脾臓、脾臓、腎臓、腹部大動脈です。

### 脳ドック (MRI)

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー、ICD、ICM使用中 | <input type="checkbox"/> 植込み方除細動器 |
| <input type="checkbox"/> 神経刺激装置             | <input type="checkbox"/> 重症不整脈    |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠疑い         | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症    |
| <input type="checkbox"/> アートメイク             | <input type="checkbox"/> マグネットネイル |

※以下に該当する方は、必ず主治医に受診可能の確認をお願いします。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 身体に金属が入っている            | <input type="checkbox"/> 金属の義眼底          |
| <input type="checkbox"/> 磁石式インプラント              | <input type="checkbox"/> ステント、クリッピング、コイル |
| <input type="checkbox"/> 人工中耳、人工内耳、人工関節、人工弁置換術後 |  |

### 子宮頸がん検査

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠疑い | <input type="checkbox"/> 子宮を全て摘出している |
| <input type="checkbox"/> 体重120kg以上  | <input type="checkbox"/> 生理中で月経血が多い  |

※性交未経験の方は、がんの発症リスクが低いためお勧めしません。

### マンモグラフィ検査

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠疑い      | <input type="checkbox"/> 1年以内の肋骨骨折、頸椎損傷、開胸施術 |
| <input type="checkbox"/> VP（脳室一腹腔）シャント術後 | <input type="checkbox"/> ペースメーカー、ICD、ICM使用中  |
| <input type="checkbox"/> 授乳中または断乳3ヶ月以内   | <input type="checkbox"/> 豊胸術後                |

### 骨密度検査

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠疑い                 | <input type="checkbox"/> 仰向けになれない     |
| <input type="checkbox"/> 腰椎、大腿骨の治療中                 | <input type="checkbox"/> 造影剤が体内に残っている |
| <input type="checkbox"/> 腰椎、股関節、大腿骨に金属、インプラントが入っている |                                       |
| <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に骨密度検査（DEXA法）を受けた     |                                       |

### 体成分のバランスチェック

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー、ICD、ICM使用中 | <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠疑い |
|---|-------------------------------------|

※以下の場合は検査値が参考値になります。

- |                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体に金属が入っている | <input type="checkbox"/> 食後3時間以内 |
|--------------------------------------|----------------------------------|

