

大阪市胃がん検診（胃内視鏡検査）偶発症報告書

保険請求できる診療行為（投薬、点滴、耳鼻科的な鼻出血処置など）を行った場合や病院紹介が必要であった偶発症はすべて報告をお願いします。

なお、報告の際には個人票の写しも同封願います。

報告日 平成 年 月 日  
 医師名 ( )

医療機関名 (保険医療機関コード)	( )
所在地	
電話番号	
検診日	年 月 日
受診者氏名	
性別	1. 男性                      2. 女性
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
基礎疾患	1. なし                      2. あり ( )
内視鏡の種類	1. 経口                      2. 経鼻
偶発症の種類	1. 穿孔                      2. 鼻出血 3. 粘膜裂創                      4. 気腫(穿孔との重複も含む) 5. 生検部位からの後出血 ( 検査中 ・ 検査終了後 ) 6. 前処置薬によるアナフィラキシーショック 7. その他の偶発症 ( )
部位	1. 鼻腔                      2. 咽喉頭                      3. 食道 4. 胃、十二指腸                      5. その他 ( )
処置内容	
転帰	1. 帰宅(自院対応)                      2. 外来受診(他院紹介) 3. 入院(自院・他院)                      4. 死亡
入院医療機関	
偶発症発生時の状況	

