

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つ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	

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つ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			