

Patient ID/患者 ID

Patient name/患者氏名

上部内視鏡問診票 English/英語

Date of gastroscopy/検査日 _____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日

Medical Questionnaire for Upper GI Endoscopy (Gastroscopy) /上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) の問診票

1) Have you ever had an endoscopy?/内視鏡検査を受けたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

(Gastroscopy/胃カメラ times/回 This clinic/当院 Other clinic/他院)

(Colonoscopy/大腸カメラ times/回 This clinic/当院 Other clinic/他院)

2) Have you ever had any tests and/or eradication therapy for Helicobacter Pylori? /ピロリ菌の検査や治療を受けたことがありますか。What kind tests did you have? Please circle below.

Blood work血液検査/ Urea Breath Test尿素呼気試験/ Stool test便検査/ Endoscopy内視鏡検査

No/いいえ

Yes/はい

It was negative result. /ピロリ菌はいなかった

It was positive result with Helicobacter Pylori, but NO eradication therapy has been done.
ピロリ菌はいたが、除菌治療はしていない

It was positive result and eradication therapy was done.(_____ Year/年)

/ピロリ菌がいて、除菌治療を受けた (_____) 年

⇒ Decontamination was succeeded./ ピロリ菌は消えた

Decontamination was NOT succeeded.ピロリ菌は消えなかった

I have NOT done the test if it was succeeded. 消えたかどうか検査していない

3) Have you ever been told that you have any heart problems, or diagnosed with arrhythmia?

/心臓が悪い、あるいは不整脈と言われたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい(_____)

4) Are you taking an anticoagulant or an antiplatelet drug (WARFARIN, PRAZAXA, XARELTO, BAYASPIRIN, ELIQUIS or BUFFERIN etc.)?

/抗凝固剤、抗血小板薬 (バファリン・ワーファリン等) を飲んでいますか。

No/いいえ

Yes/はい

5) If you have ever been diagnosed with or treated for any of the following diseases, please circle each.

/以下の病気を指摘されたり、治療したことがあれば○をして下さい。

Diabetes mellitus/糖尿病

Glaucoma/緑内障

Hyperplasia (enlarged prostate gland) /前立腺肥大

High blood pressure / 高血圧

Lung disease/ 肺の病気(_____)

6) Do you have any drug allergies? /薬のアレルギーはありますか。

No/いいえ

Yes/はい ・ Anesthetic/麻酔薬 ・ Others/その他 (_____)

7) Have you ever felt sick from local anesthetics, such as anesthetic for treatment of dental or injury?

/歯科治療の麻酔薬や、ケガの処置などの局所麻酔薬で体調が悪くなったことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

Patient ID/患者 ID

Patient name/患者氏名

上部内視鏡問診票 English/英語

Date of gastroscopy/検査日 _____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日

8) Are you wearing removable dentures or post crowns?

/取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

9) Have you ever done the gastrectomy? /胃の手術を受けたことがありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい (1/2removed/ 摘出・2/3removed/ 摘出・Total removed/ 全摘)

10) Have you ever had any other major surgeries? /その他大きな手術をしたことはありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい()

11) Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

Occasionally/ 時々飲む Hardly drink/ ほとんど飲まない
Everyday/ 毎日飲む glasses/Day本/日

Beer /ビール wine/ワイン Japanese sake/日本酒 whiskey/ウイスキー others /他)

12) Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

Everyday毎日吸う(cigarettes/Day本) Stopped/ やめた(years stopped年前から禁煙)

13) Height 身長 (cm) Body weight 体重 (kg)

Please proceed to the following questions, if you desire to be sedated.

/鎮静剤希望の方は以下の質問にもお答え下さい。

1) Are you pregnant or possibly pregnant, or are you breastfeeding now?

/現在妊娠中または妊娠の可能性が。または、授乳中である。

- No/いいえ
 Yes/はい

2) Do you have egg or soy allergies? /卵アレルギーまたは大豆アレルギーがありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

3) I have felt sick often using sedatives before. /鎮静剤を使用して体調が悪くなったことがある

- No/いいえ
 Yes/はい

***If you answered “Yes”, please understand that you may not be able to use sedatives. / 「はい」の方は、鎮静剤を使用することが出来ないことがありますのでご了承ください。**

Please let us know if you have any questions or concerns. / ご不明・不安な点がありましたら、お知らせください。