

Patient ID/患者 ID

Patient name/患者氏名

下部内視鏡問診票 English/英語

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

Medical Questionnaire for Colonoscopy /下部消化管内視鏡検査の問診票

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 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()

3) 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) を飲んでいませんか。

No/いいえ

Yes/はい

4) If you have ever been diagnosed with or treated 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()

5) 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 ()

6) 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

7) Have you ever done the open surgery for colon? /大腸の開腹手術を受けたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい Do you have stoma(artificial anus)? No/いいえ Yes/はい

8) 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

Please describe what procedure was.

()

9) Height 身長 (_____ cm)

Body weight 体重 (_____ kg)

Patient ID/患者 ID

Patient name/患者氏名

下部内視鏡問診票 English/英語

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

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ある。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 after using sedative 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.

/ ご不明な点・不安な点がございましたら、お知らせください。