

结肠镜检查的问诊表

/大腸内視鏡検査の問診票

检查日期/検査日 :

检查时间/検査時間 :

患者姓名/患者氏名 : 先生・女士/様

○为了能够安全地接受下消化道内窥镜检查(结肠镜), 请画圈回答以下设问。

/下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ)を安全に受けていただくために以下の質問に○をつけてください。

I. 是否接受过下消化道内窥镜(结肠镜)的检查?

/下部消化管内視鏡(大腸カメラ)検査を受けたことがありますか。

否/いいえ

是/はい

(回答“是”的患者请选择其中一项画圈/はいの方は、いずれかに○をつけてください)

本院/当院 ・ 他院/他院

II. 到目前为止是否被诊断有如下疾病, 或正在接受治疗?

/これまでで以下の病気を言われたり、現在治療をされていますか。

1. 青光眼/緑内障

否/いいえ

是/はい

2. 糖尿病/糖尿病

否/いいえ

是/はい

3. 心律不齐/不整脈

否/いいえ

是/はい

4. 心脏病/心臟病

否/いいえ

是/はい

5. 哮喘/喘息

否/いいえ

是/はい

6. 前列腺增生/前立腺肥大 (只限男性/男性のみ)

否/いいえ

是/はい

Ⅲ. 正在服用使血液不易凝固的薬/血を止まりにくくなる薬を飲んでいる

否/いいえ

是/はい

Ⅳ. 出血时不易止血/血が止まりにくい

否/いいえ

是/はい

Ⅴ. 是否有过敏症? /アレルギーが有りますか。

否/いいえ

是/はい

回答“是”的患者/はいの方へ：

过敏源是什么? /アレルギーの原因物質はなんですか。

()

Ⅵ. 是否有因麻醉(在牙科等)而感觉身体不适的情况?

/麻醉(歯医者など)を受けて気分が悪くなったことがありますか。

否/いいえ

是/はい

Ⅶ. 其他是否患过大病・做过手术等? /その他大きな病気・手術などをしたことがありますか。

否/いいえ

是/はい

回答“是”的患者/「はい」の方へ：

是什么疾病・手术? 请填写/その病気・手術はなんですか。ご記入ください。

()

医疗人员用的核对项目(自此以下6项问题患者本人不必回答)

/医療者用チェックリスト(ここより以下6項目はご自身が答える必要はありません)

I. 是否有习惯性便秘? /常習的な便秘があるか。

否/いいえ

是/はい

II. 是否有肠梗阻或肠梗阻的可能性? /腸閉塞または、その疑いはあるか。

否/いいえ

是/はい

III. 是否有吞咽困难或误咽？/嚥下障害または、誤嚥があるか。 否/いいえ 是/はい**IV. 是否因为高龄需要考虑其饮用方法？/高齢のため飲用方法に配慮が必要か。** 否/いいえ 是/はい**V. 是否在使用胰岛素或在口服糖尿病的药？****/インスリンあるいは、経口糖尿病薬を用いているか。** 否/いいえ 是/はい**VI. 服用口服泻药(NIFLEC・耐福力散)的场所/ニフレック服用場所** 自己家里/自宅 门诊/外来 住院/入院**○关于并发症/偶発症について**

检查越精密，并发症的发生几率就越大。此项检查主要的并发症是由操作内窥镜引起出血或肠穿孔(肠管穿孔)等。根据「日本消化器内视镜学会」的调查统计，其发生率为 0.04%，死亡率为 0.00081%。万一发生了并发症，我们将进行包括外科治疗在内的最妥善的措施。

/精密な検査ほど、偶発症の頻度が増加します。この検査では、内視鏡操作によって起こる出血や穿孔(腸に穴が開く)などが主な偶発症です、日本消化器内視鏡学会が調査した集計によるとその頻度は 0.04%、死亡率は 0.00081%でした。万一偶発症が発生したときは、外科的処置を含めた最善の処置を致します。

结肠镜检查同意书

/大腸内視鏡検査の同意書

医院/病院 院长/院長

先生・女士/殿

针对下消化道内窥镜的必要性及并发症，根据附页的《关于结肠镜检查(结肠纤维镜检查)及内窥镜治疗的说明书》，已经向患者/患者_____先生·女生做了充分的说明。

/下部消化管内視鏡の必要性和偶発症について、別紙、「下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバースコープ検査）と内視鏡的治療についての説明書」により、_____様に充分説明いたしました。

主治医生/主治医（负责医生/担当医師）

陪同人/同席者

检查说明日期/検査説明日 _____年/年 _____月/月 _____日/日

根据附页的《关于结肠镜检查(结肠纤维镜检查)及内窥镜治疗的说明书》，针对下消化道内窥镜检查的必要性及并发症，主治医生以及担当医生给我做了充分的说明。我已经完全理解并同意接受下消化道内窥镜的检查。

/主治医および担当医から、別紙、「下部消化管内視鏡検査（大腸ファイバースコープ検査）と内視鏡的治療についての説明書」により、下部消化管内視鏡検査の必要性和、偶発症について充分な説明を受け、納得しましたので下部消化管内視鏡を受けることに同意します。

※即使同意接受检查之后，也可随时撤回。

/同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

患者签字/患者様署名（亲笔签字/自署）：

监护人或代理人/保護者又は代理人 _____： _____（与患者的关系/続柄 _____）

签字日期/署名日 _____年/年 _____月/月 _____日/日

注/注) 患者本人无法签字或未成年时，请监护人或代理人签字。

/保護者又は代理人署名は、本人が署名できない場合、未成年の場合に記入をお願いします。