

ऊपरी गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल एंडोस्कोपी (गैस्ट्रोस्कोपी) के लिए चिकित्सा प्रश्नावली  
/Medical Questionnaire for Upper Gastrointestinal Endoscopy  
(Gastroscope)  
/上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) の問診票

गैस्ट्रोस्कोपी की तिथि /Date of gastroscopy/検査日

\_\_\_\_\_ वर्ष/Year/年 \_\_\_\_\_ महीना/Month/月 \_\_\_\_\_ दिन /Day/日

समय /Time/検査時間 \_\_\_\_\_ घंटा /Hour/時 \_\_\_\_\_ मिनट /Minutes/分頃

रोगी आईडी /Patient ID/患者 ID

रोगी का नाम /Patient name/患者氏名

1) क्या आपने कभी एंडोस्कोपी करायी है?/Have you ever had an endoscopy?

/内視鏡検査を受けたことがありますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

(गैस्ट्रोस्कोपी /Gastroscope/胃カメラ

कितनी बार /times/回

यह क्लिनिक /This clinic/当院

अन्य क्लिनिक /Other clinic/他院)

(कोलोноस्कोपी /Colonoscopy/大腸カメラ

कितनी बार /times/回

यह क्लिनिक /This clinic/当院

अन्य क्लिनिक /Other clinic/他院)

2) क्या आपको कभी बताया गया है कि आपको हृदय संबंधी कोई समस्या है, या अतालता का निदान किया गया है?/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

3) क्या आप कोई थक्का-रोधी या एंटीप्लेटलेट दवा (वॉर्फारिन, प्राजाक्सा, ज़ेरेल्टो, बायास्पिरिन, एलिक्विस या बफरिन आदि) ले रहे हैं?

/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 (ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、バイアスピリン、エリキュース、バファリン等) を飲んでいませんか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

(यदि आपके बाह्य रोगी क्लिनिक के डॉक्टर ने आपको निर्देश दिए हैं, तो कृपया उनका पालन करें।

/If your out-patient clinic doctor has given you instructions, please follow them.

/外来担当医から指示のある場合は、指示を守ってください)

- 4) क्या आपको कभी किसी नेत्र रोग विशेषज्ञ द्वारा ग्लूकोमा या उच्च अंतःनेत्र दबाव का निदान किया गया है?  
/Have you ever been diagnosed with glaucoma or high intraocular pressure by an ophthalmologist?  
/眼科で緑内障、あるいは眼圧が高いと言われたことがありますか。

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

- 5) दमा /Asthma/喘息

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

- 6) क्या आपको प्रोस्टेटिक हाइपरप्लासिया (बढ़ी हुई प्रोस्टेट ग्रंथि) है या पेशाब करने में कठिनाई होती है?  
/Do you have prostatic hyperplasia (enlarged prostate gland) or have difficulty in urinating?  
/前立腺肥大、あるいは尿の出にくいことがありますか。

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

- 7) क्या आपको कभी उच्च रक्तचाप का निदान हुआ है?  
/Have you ever been diagnosed with high blood pressure?  
/血圧が高いと言われたことがありますか。

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

- 8) क्या आपको कभी मधुमेह मेलिटस का निदान हुआ है?  
/Have you ever been diagnosed with diabetes mellitus? /糖尿病と言われたことがありますか。

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

(यदि आप मधुमेह की दवा या इंसुलिन इंजेक्शन से इलाज करा रहे हैं, तो परीक्षा के दिन सुबह और दोपहर में उन दवाओं को न लें।

/If you are undergoing treatment with diabetes medicine or insulin injection, do not take those medications in the morning and at noon on the day of the examination.  
/糖尿病薬またはインシュリン注射を使用中の場合は、検査当日の朝と昼は薬を使用しないでください)

- 9) क्या आपको किसी दवा से एलर्जी है? /Do you have any drug allergies? /薬のアレルギーはありますか。

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

• एनेस्थेटिक /Anesthetic/麻酔薬                      अन्य • /Others/その他

( )

- 10) क्या आप हटाने योग्य डेन्चर या पोस्ट क्राउन पहन रहे हैं? /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。

नहीं /No/いいえ  
 हां /Yes/はい

(जब आप गैस्ट्रोस्कोपी करा रहे हों, तो कृपया उन्हें पहले ही हटा दें।

/When you are having a gastroscopy, please remove them beforehand.  
/胃カメラ検査を受ける場合は、事前にはずしてください)

11) क्या आप गर्भवती हैं या संभवतः गर्भवती हैं, या आप अभी स्तनपान करा रही हैं?

**/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有る。または、授乳中である。

नहीं /No/いいえ

हाँ /Yes/はい

12) क्या आपको कभी कोई बड़ी बीमारी या सर्जरी हुई है?

**/Have you ever had any major diseases or surgery? /**बड़ी बीमारी या सर्जरी की है।

नहीं /No/いいえ

हाँ /Yes/はい

13) क्या आप आज यहाँ आने के लिए स्वयं गाड़ी चलाकर आये?/Did you drive by yourself to come here today?

/本日は車を運転してきましたか。

नहीं /No/いいえ

हाँ /Yes/はい

## ऊपरी गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल एंडोस्कोपी के लिए सहमति प्रपत्र/Consent Form for Upper Gastrointestinal Endoscopy /上部消化管内視鏡検査の同意書

मुझे एक प्रभारी डॉक्टर से जांच की आवश्यकता और संभावित प्रक्रियात्मक जटिलताओं के बारे में पर्याप्त स्पष्टीकरण प्राप्त हुआ है, मुझे संलग्न पेपर, "अपर गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल (जीआई) एंडोस्कोपी का स्पष्टीकरण" [ ( ) ट्रांसनासल, ( ) ट्रांसोरल ] दिखाया गया है। और मैंने उन्हें समझ लिया है। इस समझ के आधार पर, मैं परीक्षा से गुजरने के लिए सहमति देता हूँ।/I have received sufficient explanation about the necessity, and the possible procedural complications of the examination from a doctor in charge, having been shown the attached paper, "Explanation of Upper Gastrointestinal (GI) Endoscopy" [ ( ) transnasal, ( ) transoral ], and I have understood them. On the basis of this understanding, I consent to undergo the examination.

/別紙「上部消化管内視鏡検査の説明書」【( ) 経鼻式、( ) 経口式】により検査の必要性、偶発症について担当医より十分な説明を受け、その内容を理解したうえで、同意します。

\* मैं समझता हूँ कि अगर मैं परीक्षा के लिए सहमति देता हूँ, तो भी मैं किसी भी समय अपना प्राधिकरण वापस लेने के लिए स्वतंत्र हूँ।/\*I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

वर्ष/Year/年 महीना/Month/月 दिन/Day/日

रोगी का नाम /Patient name/患者氏名 (हस्ताक्षर /Signature/自署)

स्पष्टीकरण की तिथि /Date of explanation/説明日時

वर्ष/Year/年 महीना/Month/月 दिन/Day/日

स्पष्टीकरण प्रदान करने वाले चिकित्सक /Physician providing explanation/説明医師:

गवाह /Witness/同席者:

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों की देखरेख में तैयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को प्राथमिकता दी जाएगी।