

**Kuesioner medis untuk endoskopi gastrointestinal bagian atas
(gastroskopi)
/Medical Questionnaire for Upper Gastrointestinal Endoscopy
(Gastroscopy)
/上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の問診票**

Tanggal gastroskopi /Date of gastroscopy/検査日

Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal /Day/日
Waktu/Time/検査時間 Jam/Hour/時 Menit/Minutes/分頃

ID Pasien /Patient ID/患者 ID

Nama pasien /Patient name/患者氏名

1) Pernahkah Anda menjalani endoskopi?/Have you ever had an endoscopy?

/内視鏡検査を受けたことがありますか。

- Tidak/No/いいえ
 Ya/Yes/はい

(Gastroskopi /Gastroscopy/胃カメラ

kali /times/回

Klinik ini /This clinic/当院

Klinik lainnya /Other clinic/他院)

(Kolonoskopi /Colonoscopy/大腸カメラ

kali /times/回

Klinik ini /This clinic/当院

Klinik lainnya /Other clinic/他院)

2) Pernahkah Anda diberitahu bahwa Anda memiliki masalah jantung atau didiagnosis menderita aritmia?

/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。

- Tidak/No/いいえ
 Ya/Yes/はい

3) Apakah Anda mengambil antikoagulan atau obat antiplatelet (WARFARIN, PRAZAXA, XARELTO, BAYASPIRIN, ELIQUIS atau BUFFERIN, dll)?

/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、パファリン等）を飲んで 있습니까。

- Tidak /No/いいえ
 Ya/Yes/はい

(Jika dokter klinik Anda telah memberi Anda instruksi, silakan ikuti mereka.

/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) Pernahkah Anda didiagnosis menderita glaukoma atau tekanan intraokular tinggi oleh dokter mata?

/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。

- Tidak /No/いいえ
 Ya/Yes/はい

5) Asma /Asthma/喘息

- Tidak /No/いいえ
 Ya/Yes/はい

Formulir Persetujuan untuk Endoskopi Saluran Cerna Atas
/Consent Form for Upper Gastrointestinal Endoscopy
/上部消化管内視鏡検査の同意書

Saya telah menerima penjelasan yang cukup tentang perlunya dan kemungkinan komplikasi prosedural pemeriksaan oleh dokter yang bertanggung jawab dengan membaca dokumen terlampir "Penjelasan Endoskopi Saluran Cerna Atas" 【() melalui hidung, () melalui mulut】, dan saya memahaminya. Berdasarkan pemahaman ini, saya setuju untuk menjalani pemeriksaan.

/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。

* Saya mengerti bahwa meskipun saya menyetujui pemeriksaan, saya dapat mencabut izin saya kapan saja.

/*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。

Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal /Day/日

Nama pasien /Patient name/患者氏名 (Tanda tangan /Signature/自署)

Tanggal penjelasan /Date of explanation/説明日時

Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal /Day/日

Dokter memberikan penjelasan /Physician providing explanation/説明医師:

Saksi /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.

Terjemahan bahasa Inggris ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika terdapat perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang yang akan diprioritaskan.