

माथिल्लो ग्यास्ट्रोइंटेस्टाइनल इन्डोस्कोपी (ग्यास्ट्रोस्कोपी) को लागी चिकित्सा प्रश्नावली
/Medical Questionnaire for Upper Gastrointestinal Endoscopy
(Gastrosocopy)

/上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) の問診票

ग्यास्ट्रोस्कोपीको मिति /Date of gastroscopy/検査日

वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

समय/Time/検査時間 घण्टा/Hour/時 मिनेट/Minutes/分頃

बिरामी आईडी/Patient ID/患者 ID

बिरामीको नाम /Patient name/患者氏名

1) के तपाईंले कहिल्यै एन्डोस्कोपी गर्नुभएको छ? / Have you ever had an endoscopy?

/内視鏡検査を受けたことがありますか。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

(ग्यास्ट्रोस्कोपी/Gastrosocopy/胃カメラ पटक/times/回

यो क्लिनिक/This clinic/当院 अन्य क्लिनिक /Other clinic/他院)

(कोलोноस्कोपी/Colonoscopy/大腸カメラ पटक /times/回

यो क्लिनिक /This clinic/当院 अन्य क्लिनिक /Other clinic/他院)

2) के तपाईंलाई कहिल्यै भनिएको छ कि तपाईंलाई कुनै हृदय समस्या छ, वा एरिथमिया पहिचान गरिएको छ?

/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

3) के तपाईं एन्टीकोआगुलेन्ट वा एन्टिप्लेटलेट औषधि (वारफेरिन, प्राजाक्सा, जेरेल्टो, बायास्पिरिन, एलिक्विस वा बफेरिन आदि) लिँदै हुनुहुन्छ?

/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

(यदि तपाईंको बाहिरी-बिरामी क्लिनिक डाक्टरले तपाईंलाई निर्देशन दिएको छ भने, कृपया तिनीहरूलाई पालना गर्नुहोस्।

/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) के तपाईंलाई नेत्र रोग विशेषज्ञ द्वारा ग्लुकोमा वा उच्च इन्ट्राओकुलर प्रेसरको साथ निदान गरिएको छ?

/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。

- छैन/No/いいえ
- छ/Yes/はい

12) के तपाईंलाई कुनै ठूलो रोग वा शल्यक्रिया भएको छ?/Have you ever had any major diseases or surgery? /大きな病気や手術をしたことはありますか。

- छैन/No/いいえ
- छ/Yes/はい

13) आज यहाँ आउन एकलै गाडी चलाउनु भयो ?/Did you drive by yourself to come here today? /今日は車を運転してきましたか。

- छैन/No/いいえ
- छ/Yes/はい

माथिल्लो ग्यास्ट्रोइंटेस्टाइनल इन्डोस्कोपीको लागि सहमति फारम
/Consent Form for Upper Gastrointestinal Endoscopy
/上部消化管内視鏡検査の同意書

मैले आवश्यकता, र परीक्षणको सम्भावित प्रक्रियागत जटिलताहरू बारे पर्याप्त व्याख्या प्राप्त गरेको छु, संलग्न कागज देखाइएको छ, "माथिल्लो ग्यास्ट्रोइंटेस्टाइनल (GI) एन्डोस्कोपीको व्याख्या" 【() ट्रान्सनासल, () , ट्रांसोरल】 र मैले तिनीहरूलाई बुझेको छु। यस बुझाइको आधारमा, म परीक्षण गर्न सहमत छु।/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。

* म बुझ्छु कि मैले परीक्षणमा सहमति जनाए पनि, म जुनसुकै बेला मेरो सहमति फिर्ता लिन स्वतन्त्र छु।
/*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 महिना/Month/月 वर्ष/Day/日

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

व्याख्या गरिएको मिति /Date of explanation/説明日時

वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 वर्ष/Day/日

व्याख्या प्रदान गर्ने चिकित्सक /Physician providing explanation/説明医師:

साक्षी/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.

यो अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टरकानूनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।