

कोलोनुस्कोपीको लागि मेडिकल प्रश्नावली
/Medical Questionnaire for Colonoscopy
/大腸内視鏡検査の問診票

कोलोनुस्कोपीको मिति /Date of Colonoscopy/検査日 :

समय/Time/検査時間 :

बिरामीको नाम/Patient Name/患者氏名 :

○ सुरक्षित रूपमा कोलोनुस्कोपी गर्नको लागि, कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।/In order to undergo a colonoscopy safely, please check your answers to the following questions.

/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。

1. के तपाईंले कहिल्यै कोलोनुस्कोपी गर्नुभएको छ?/Have you ever had a colonoscopy?

/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?

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

(यदि हो भने, कृपया निम्न मध्ये एउटा छान्नुहोस्।/If yes, please choose one of the following.

/はいの方は、いずれかに☑をつけてください

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

2. के तपाईंलाई निम्न मध्ये कुनै पनि रोग पत्ता लागेको छ, वा तपाईं ती मध्ये कुनैको उपचारमा हुनुहुन्छ?/Have you ever been diagnosed with any of the following diseases, or are you under treatment for any of them?

/これまでに以下の病気を言われたり、現在治療をされていますか?

1) मोतिबिन्दु /Glaucoma/緑内障

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

2) मधुमेह मेलिटस /Diabetes mellitus/糖尿病

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

3) एरिथमिया Arrhythmia/不整脈

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

4) हृदय रोग /Cardiac disease/心臓病

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

5) दम /Asthma/喘息

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

6) प्रोस्टेटिक हाइपरप्लासिया (इन्लार्ज प्रोस्टेट ग्रंथि

/Prostatic hyperplasia (enlarged prostate gland)/前立腺肥大

(लोप्रे मात्र /Only for male/男性のみ)

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

3. तपाईं रगत जम्न गार्हो बनाउने औषधि लिँदै हुनुहुन्छ?/You are taking an anticoagulant./血を止まりにくくなる薬を

३. **पिये/पिये**

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

४. **रक्तस्राव सजिलै रोकिदैन (बिग्रिएको रगत जम्ने)।**

/Bleeding does not stop easily (Impaired blood clotting)/血が止まりにくい

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

५. **के तपाईंलाई कुनै कुरामा एलर्जी छ?/Are you allergic to anything?/アレルギーがありますか?**

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि हो भने, तपाईंलाई केसँग एलर्जी छ?/If yes, what are you allergic to?/アレルギーの原因物質はなんですか

()

६. **के तपाईंले कहिल्यै शामक वा एनेस्थेसिया (उदाहरणका लागि दन्त चिकित्सालयमा) पछि बिरामी महसुस गर्नुभएको छ?**

/Have you ever felt sick after a sedative or anesthesia (for example at a dental clinic)?

/麻酔 (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?

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

७. **के तपाईंलाई कुनै ठूलो रोग वा शल्यक्रिया भएको छ?**

/Have you ever had any major diseases or surgery?/その他大きな病気・手術などをしたことがありますか?

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि हो भने, त्यो रोग वा शल्यक्रिया के थियो?/If yes, what was that disease or surgery?

/その病気・手術はなんですか? ご記入ください ()

मेडिकल स्टाफको प्रयोगको लागि चेकलिस्ट (निम्न ६ वस्तुहरूको जवाफ दिन आवश्यक छैन)/Checklist for medical staff use (The following 6 items need not be answered)

/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)

१) **के रोगीलाई सधैं कब्जियत हुन्छ? Does the patient have habitual constipation?**

/常習的な便秘があるか?

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

२) **के बिरामीलाई इलियस (आन्द्राको अवरोध) छ, वा उसलाई यो भएको शंका छ?**

/Does the patient have ileus (intestinal obstruction), or is he/she suspected to have it?

/腸閉塞または、その疑いはあるか?

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

३) **के बिरामीलाई डिसफ्यागिया/निल्न गाह्रो हुन्छ वा अन्य पदार्थको आकांक्षा/सास फेर्न गाह्रो हुन्छ?/Does the patient have dysphagia/difficulty swallowing or aspiration/inhalation of foreign matter?**

/嚥下障害または、誤嚥があるか?

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

४) **के बिरामीलाई उसको उमेरको कारणले पिउनमा विशेष हेरचाह चाहिन्छ?/Does the patient need special care in drinking because of his / her age?**

/高齡のため飲用方法に配慮が必要か？

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

5) के बिरामीले इन्सुलिन वा मौखिक एन्टिडायबेटिक लिइरहेको छ?/Is the patient taking insulin or an oral antidiabetic?

/इन्सुलिनあるいは、経口糖尿病薬を用いているか？

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

6) बिरामीले निफलेक लिने ठाउँ /The place where the patient will take Niflec

/ニフレック服用場所

• बिरामीको आफ्नै घर / Patient's own house/自宅

• अउटपेशेन्ट विभाग /Outpatient department/外来

• इनपेशेन्ट विभाग /Inpatient department/入院

○अप्रत्याशित लक्षणहरू / जटिलहरू/Unexpected symptoms/complications/偶発症について

जति सटीक रूपमा परीक्षण गरिन्छ, त्यति नै प्रायः अप्रत्याशित लक्षणहरू/जटिलहरू देखा पर्न सक्छन्। एन्डोस्कोपिक परीक्षाको क्रममा केही प्रमुख सम्भावित अप्रत्याशित लक्षण/जटिलताहरूमा रक्तस्राव र पफोरिशन (आन्द्राको पर्खाल छेडिएको) समावेश छ। जापान ग्यास्ट्रोएन्टेरोलोजिकल इन्डोस्कोपी सोसाइटीद्वारा गरिएको सर्वेक्षण अनुसार, अप्रत्याशित लक्षण/जटिलताहरूको आवृत्ति ०.०४% थियो र मृत्युको दर ०.००८१% थियो। यदि अप्रत्याशित लक्षणहरू/जटिलताहरू देखा पर्नुपर्दछ भने, हामी शल्यक्रिया सहित सबै भन्दा राम्रो सम्भावित उपचार गर्न तयार छौं। /The more precisely an examination is performed, the more frequently unexpected symptoms/complications may occur. Some major potential unexpected symptoms/complications during the endoscopic examination include bleeding and perforation (the intestinal wall is pierced). According to a survey conducted by the Japan Gastroenterological Endoscopy Society, the frequency of unexpected symptoms/complications was 0.04% and the rate of the deaths was 0.00081%. If unexpected symptoms/complications should happen, we are prepared to perform the best possible treatment including surgery.

/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。

कोलोноस्कोपीको लागि सहमति फारम /Consent Form for Colonoscopy /大腸内視鏡検査の同意書

श्री अस्पताल निर्देशकज्यू/To the director of the hospital/病院長殿

मैले निम्न रोगीलाई कोलोноस्कोपीको आवश्यकता, र सम्भावित अप्रत्याशित लक्षण/जटिलताहरू संलग्न "तल्लो ग्यास्ट्रोइंटेस्टाइनल (GI) इन्डोस्कोपी (कोलोноस्कोपी) र इन्डोस्कोपिक उपचारको व्याख्या" अनुसार राम्ररी व्याख्या गरेको छु।

I have thoroughly explained the necessity, and the possible unexpected symptoms/complications of a colonoscopy to the following patient, according to the attached "Explanation of Lower Gastrointestinal (GI) Endoscopy (Colonoscopy) and Endoscopic Treatment."

/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、下部消化管内視鏡の必要性と偶発症について 患者（ ）様に十分説明いたしました。

उपस्थित चिकित्सक /Attending physician/主治医 (इन्चार्ज डाक्टर /Doctor in charge/担当医師)

साक्षी/Witness/同席者

व्याख्या गरिएको दिन /Date of explanation/検査説明日 वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

मैले संलग्न "तल्लो ग्यास्ट्रोइंटेस्टाइनल (GI) एन्डोस्कोपी (कोलोноस्कोपी) र इन्डोस्कोपिक उपचारको व्याख्या" र अनुसार, मेरो उपस्थित चिकित्सक र इन्चार्ज डाक्टरबाट कोलोноस्कोपीको आवश्यकता र सम्भावित अप्रत्याशित लक्षणहरू/जटिलताहरू बारे पर्याप्त स्पष्टीकरण प्राप्त गरेको छु। बुझेका छन् । यो बुझाइको आधारमा, म कोलोноस्कोपी गर्न सहमत छु।/I have received sufficient explanation about the necessity, and the possible unexpected symptoms/complications of a colonoscopy from my attending physician and doctor in charge, according to the attached "Explanation of Lower Gastrointestinal (GI) Endoscopy (Colonoscopy) and Endoscopic Treatment," and have understood it. On the basis of this understanding, I consent to undergo a colonoscopy.

* I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

/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）と内視鏡治療についての説明書」により、主治医および担当医から下部消化管内視鏡検査の必要性と、偶発症について十分な説明を受け、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。

※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

बिरामीको हस्ताक्षर /Patient signature/患者様署名 (हस्ताक्षर /Signature/自署) :

कानूनी अभिभावक वा प्रतिनिधि /Legal guardian or representative/保護者又は代理人 :

(सम्बन्ध /Relationship/続柄)

मिति/Date/署名日 : वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

नोट/Note/注) ⇒ जब बिरामीले आफैले हस्ताक्षर गर्न सक्दैन वा उनी नाबालिग छन् भने, उनीहरूको कानूनी अभिभावक वा प्रतिनिधिले माथि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

/When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above.

/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。

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 डाक्टर/कानूनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।