

แบบสอบถามการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน (กระเพาะอาหาร)

/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

วันตรวจ/Date of gastroscopy/検査日

ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วันที่/Day/日

เวลาตรวจ/Time/検査時間

เวลา/Hour/時

นาที/Minutes/分頃

รหัสผู้ป่วย/Patient ID/患者 ID

ชื่อผู้ป่วย/Patient name/患者氏名

1) คุณเคยได้รับการส่องกล้องหรือไม่?/Have you ever had an endoscopy?

/内視鏡検査を受けたことがありますか。

 ไม่ใช่/No/いいえ ใช่/Yes/はい

(ส่องกระเพาะ/Gastroscopy/胃カメラ

ครั้ง/times/回

สถานพยาบาลของเรา/This clinic/当院

สถานพยาบาลอื่น/Other clinic/他院)

(ส่องลำไส้ใหญ่/Colonoscopy/大腸カメラ

ครั้ง/times/回

สถานพยาบาลของเรา/This clinic/当院

สถานพยาบาลอื่น/Other clinic/他院)

2) คุณได้รับแจ้งว่าหัวใจไม่ดีหรือภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือไม่?

/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。

 ไม่ใช่/No/いいえ ใช่/Yes/はい

3) มีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดยาต้านเกล็ดเลือด (Warfarin, Prusasha, Igzaret, Bispyridine, Erythristin, Bafarin

ฯลฯ)/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、エリキユース、
パファリン等）を飲んで 있습니까。 ไม่ใช่/No/いいえ ใช่/Yes/はい

(กรุณาปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อแพทย์มีคำแนะนำ

/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) คุณเคยได้รับแจ้งจากจักษุแพทย์ว่าคุณเป็นโรคต้อหินหรือมีความดันลูกตาสูงหรือไม่?

/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。

 ไม่ใช่/No/いいえ ใช่/Yes/はい

- 5) โรคหอบหืด/Asthma/喘息
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい
- 6) คุณมีต่อมลูกหมากโตหรือปัสสาวะลำบากหรือไม่?/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。
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい
- 7) คุณเคยได้รับการแจ้งว่าเป็นความดันโลหิตสูงหรือไม่?
/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。
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい
- 8) คุณเคยได้รับการแจ้งว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่?
/Have you ever been diagnosed with diabetes mellitus? /糖尿病と言われたことがありますか。
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい
- (กรณีรับประทานยาเบาหวาน หรือฉีดอินซูลิน ห้ามใช้ยาในช่วงเช้าและช่วงเที่ยงของวันตรวจ/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) มียาภูมิแพ้หรือไม่? /Do you have any drug allergies? /薬のアレルギーはありますか。
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい
- ยา/Aesthetic/麻醉薬 • อื่นๆ/Others/その他 ()
- 10) คุณมีฟันปลอม/ฟันปลอมแบบถอดได้หรือไม่?
/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。
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい
- (หากคุณกำลังจะเข้ารับการตรวจกล้องกระเพาะอาหาร โปรดนำออกก่อน
/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) ปัจจุบันตั้งครรภ์ หรืออาจจะตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตรอยู่หรือไม่?
/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もある。または、授乳中である。
- ไม่ใช่/No/いいえ
- ใช่/Yes/はい

12) เคยเจ็บป่วย หรือผ่าตัดใหญ่มาหรือไม่ ?/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。

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

13) วันนี้ขับรถมาหรือไม่?/Did you drive by yourself to come here today?

/今日は車を運転してきましたか。

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

แบบฟอร์มยินยอมในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน

/Consent Form for Upper Gastrointestinal Endoscopy /上部消化管内視鏡検査の同意書

หลังจากได้รับคำอธิบายจากแพทย์ที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับความจำเป็นของการทดสอบและภาวะแทรกซ้อนใดๆ

ตาม "คำแนะนำสำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนบน" ที่แนบมา [() วิธีการทางจมูก () วิธีการทางปาก]
หลังจากทำความเข้าใจเนื้อหาแล้วให้การยินยอม

/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。

*แม้ว่าจะมีการยินยอม แต่สามารถทำการเพิกถอนได้ตลอดเวลา

/*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。

ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วันที่/Day/日

ชื่อผู้ป่วย/Patient name/患者氏名 (ลงนาม/Signature/自署)

วันที่ให้คำแนะนำ/Date of explanation/説明日時

ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วันที่/Day/日

แพทย์ที่ให้คำแนะนำ/Physician providing explanation/説明医師:

พยาน/Witness/同席者: