

แบบสอบถามสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
/Medical Questionnaire for Colonoscopy
/大腸内視鏡検査の問診票

วันที่ตรวจ/Date of Colonoscopy/検査日 :

เวลาตรวจ/Time/検査時間 :

แพทย์ผู้ตรวจ/Patient Name/患者氏名 :

○โปรดทำเครื่องหมายคำตอบต่อไปนี้ด้วย เพื่อเข้ารับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (กล้องลำไส้ใหญ่) อย่างปลอดภัย

/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. คุณเคยผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (กล้องลำไส้ใหญ่) หรือไม่? /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?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

(ถ้าใช่ กรุณาตอบข้อใดข้อหนึ่ง/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

โรงพยาบาลของเรา/This clinic/当院・โรงพยาบาลอื่น/Other clinic/他院)

2. คุณได้รับการบอกกล่าวว่าเป็นโรคต่อไปนี้หรือกำลังได้รับการรักษาอยู่หรือไม่?

/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) โรคต้อหิน/Glaucoma/緑内障

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

2) โรคเบาหวาน/Diabetes mellitus/糖尿病

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

3) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ/Arrhythmia/不整脈

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

4) โรคหัวใจ/Cardiac disease/心臓病

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

5) โรคหอบหืด/Asthma/喘息

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

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

(สำหรับผู้ชายเท่านั้น/Only for male/男性のみ)

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

3. คุณกำลังใช้ยาที่ทำให้เลือดหยุดยาก/You are taking an anticoagulant./血を止まりにくくなる薬を飲んでいる

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

4. สภาวะเลือดหยุดยาก

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

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

5. เป็นภูมิแพ้หรือไม่?/Are you allergic to anything? /アレルギーがありますか?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

สาเหตุของโรคภูมิแพ้คืออะไร?/If yes, what are you allergic to? /アレルギーの原因物質はなんですか
()

6. คุณเคยรู้สึกไม่สบายหลังจากได้รับยาชา (เช่น ไปพบทันตแพทย์) หรือไม่?/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?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

7. คุณเคยเจ็บป่วยหรือผ่าตัดใหญ่ หรือไม่?

/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?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

อาการเจ็บป่วย การผ่าตัดคือโรคอะไร?/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 ()

รายการตรวจสอบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (6 รายการต่อไปนี้ไม่จำเป็นต้องตอบด้วยตัวเอง)/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)

1) มีอาการท้องผูกเป็นประจำหรือไม่?/Does the patient have habitual constipation?

/常習的な便秘があるか?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

2) สงสัยว่าอาจจะเป็นลำไส้อุดตันหรือไม่?

/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?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

3) มีอาการกลืนลำบากหรือสำลักหรือไม่?

/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?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

4) จำเป็นต้องระมัดระวังเกี่ยวกับวิธีการดื่มเนื่องจากอายุของฉนั้นหรือไม่?

/Does the patient need special care in drinking because of his / her age?

/高齢のため飲用方法に配慮が必要か?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

5) คุณใช้อินซูลินหรือยารักษาโรคเบาหวานในช่องปากหรือไม่?/Is the patient taking insulin or an oral antidiabetic?

/インスリンあるいは、経口糖尿病薬を用いているか?

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

6) สถานที่ที่จะพานิเฟล็ค/The place where the patient will take Niflec

/ニフレック服用場所

- ที่บ้าน/Patient's own house/ 自宅
- ภายนอก/Outpatient department/ 外来
- สถานโรงพยาบาล/Inpatient department/ 入院

○อาการที่อาจเกิดขึ้นหลังการตรวจ/**Unexpected symptoms/complications/偶発症**について

อาการที่อาจเกิดขึ้นหลังการตรวจอาจมีเลือดออกและแผล (การฉีกของผนังลำไส้) ที่เกิดจากการส่องกล้อง ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ตามสถิติที่สำรวจโดยสมาคมส่องกล้องอวัยวะย่อยอาหารแห่งประเทศไทย ความถี่คือ 0.04% และอัตราการเสียชีวิตคือ 0.00081% ในกรณีที่เกิดอาการนี้ เราจะใช้มาตรการที่ดีที่สุดในการรักษา

/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。

แบบฟอร์มยินยอมการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
/Consent Form for Colonoscopy
/大腸内視鏡検査の同意書

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/To the director of the hospital/病院長殿

ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบอย่างละเอียดถึงความจำเป็นและภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างตามเอกสารแนบ

“คำแนะนำในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (การตรวจด้วยกล้องส่องลำไส้ใหญ่) และการรักษาด้วยการส่องกล้อง”

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。

แพทย์ที่เข้ารับการรักษา/Attending physician/主治医（แพทย์ผู้รับชอบ/Doctor in charge/担当医師）

พยาน/Witness/同席者

วันที่ได้รับคำแนะนำการตรวจ/Date of explanation/検査説明日 ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วันที่/Day/日

คำแนะนำสำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่าง (การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้อง) และการรักษาด้วยการส่องกล้อง ที่แนบมานี้

ให้คำอธิบายโดยละเอียดเกี่ยวกับความจำเป็นในการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างและเหตุฉุกเฉินจากแพทย์ที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีและยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา

*แม้ว่าจะมีการยินยอม แต่สามารถทำการเพิกถอนได้ตลอดเวลา

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。

ผู้ป่วยลงนาม/Patient signature/患者様署名（ชื่อตัวบรรจง/Signature/自署）：

ผู้ปกครองหรือตัวแทน/Legal guardian or representative/保護者又は代理人：

(ความสัมพันธ์/Relationship/続柄)

วันลงนาม/Date/署名日： ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วันที่/Day/日

ข้อควรระวัง/Note/注) ⇒

ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยตนเอง หรือ ผู้ป่วยเป็นเยาวชน ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลจะเป็นผู้เซ็นแทน

/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.

การแปลฉบับนี้จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายหรือบุคคลอื่น เมื่อมีความแตกต่างในการตีความเนื่องจากความแตกต่างเล็กน้อยในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับภาษาญี่ปุ่นต้นฉบับ