

استبيان طبي حول تنظير الجهاز الهضمي العلوي (تنظير المعدة) / 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

سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 تاريخ المعدة تنظير تاريخ /Date of gastroscopy/検査日
ساعة/Hour/時 دقيقة/Minutes/分 الوقت/Time/検査時間
اسم المريض /Patient name/患者氏名 رقم هوية المريض /Patient ID/患者 ID

هل سبق لك إجراء تنظير داخلي؟ /Have you ever had an endoscopy?/内視鏡検査を受けたことがありますか。 (1

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(أخرى عيادة) /Other clinic/他院 هذه العيادة /This clinic/当院 المرات /times/回 تنظير المعدة /Gastroscopy/胃カメラ
(أخرى عيادة) /Other clinic/他院 هذه العيادة /This clinic/当院 المرات /times/回 القولون تنظير /Colonoscopy/大腸カメラ

هل سبق أن أبلغت بأنك تعاني من أي مشاكل في القلب، أو شُخصت باضطراب ضربات القلب؟
/Have you ever been told that you have any heart problems, or diagnosed with arrhythmia?

/心臟が悪い、あるいは不整脈と言われたことがありますか。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

هل تتناول أي أدوية مضادة للتخثر أو مضادة للصفائح (الوارفارين، أو برازاكسا، أو زاريلتو، أو باياسيرين، أو إليكيس، أو بوفيرين إلخ)؟ (3

/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、イグザレト、バイアスピリン、エリキュー
ス、バッファリン等）を飲んでいますか。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(إذا كان طبيب العيادة الخارجية قد أعطاك تعليمات، فيرجى اتباعها.)

/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)

هل سبق أن شُخصت بالجلوكوما أو ارتفاع ضغط العين من قبل طبيب عيون؟
/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。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(5) الربو/Asthma/喘息

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

هل تعاني من تضخم البروستاتا (تضخم غدة البروستاتا) أو صعوبة في التبول؟
/ 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。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

هل سبق أن شُخصت بارتفاع ضغط الدم؟
/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。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(8) هل سبق أن شُخِّصت بداء السكري؟

/Have you ever been diagnosed with diabetes mellitus?

/糖尿病と言われたことがありますか。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(إذا كنت تتلقى علاجًا بأدوية السكري أو حقن الأنسولين، فلا تتناول هذه الأدوية صباحًا وظهرًا يوم الفحص.)

/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) هل لديك أي حساسية تجاه أي أدوية؟/Do you have any drug allergies?/薬のアレルギーはありますか。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

• () أخرى/Others/その他 • مخدر/Anesthetic/麻酔薬

(10) هل ترتدي طقم أسنان قابل للإزالة أو تيجانًا دعامية؟

/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。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(عند إجراء تنظير المعدة، يُرجى إزالة ذلك مسبقًا.)

/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) هل أنت حامل أو من المحتمل أن تكوني حاملًا، أو هل تُرضعين طفلك الآن؟

/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はある。または、授乳中である。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(12) هل سبق لك الإصابة بأي أمراض خطيرة أو أُجريت لك عملية جراحية؟

/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。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

(13) هل قُدتَ سيارتك بنفسك للمجيء إلى هنا اليوم؟

/ Did you drive by yourself to come here today?

/本日は車を運転してきましたか。

☐ لا/No/いいえ

☐ نعم/Yes/はい

نموذج الموافقة على تنظير الجهاز الهضمي العلوي /Consent Form for Upper Gastrointestinal Endoscopy /上部消化管内視鏡検査の同意書

لقد تلقيتُ توضيحًا وافيًا من الطبيب المسؤول حول ضرورة الفحص والمضاعفات الإجرائية المحتملة التي ستحدث بسببه، وبعد أن اطلعتُ على الورقة المرفقة بعنوان "توضيح بشأن تنظير الجهاز الهضمي العلوي" [عبر الأنف ()، عبر الفم ()] ، وقد فهمتها. وعلى أساس هذا الفهم، أوافق على الخضوع للفحص.

/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。

* أدرك أنه حتى في حال موافقتي على الفحص، يحق لي بعد ذلك سحب موافقتي في أي وقت.

/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。

يوم/Day/日 شهر/Month/月 سنة/Year/年

اسم المريض/Patient name/患者氏名(التوقيع)/Signature/自署

يوم/Day/日 تاريخ التوضيح/Date of explanation/説明日時 شهر/Month/月 سنة/Year/年

الطبيب مقدم التوضيح/Physician providing explanation/説明医師:

الشاهد/Witness/同席者: