

**Medikal na Talatanungan para sa Colonoscopy**  
**/Medical Questionnaire for Colonoscopy**  
**/大腸内視鏡検査の問診票**

Petsa ng Colonoscopy/Date of Colonoscopy/検査日 :

Oras/Time/検査時間 :

Pangalan ng Pasyente/Patient Name/患者氏名 :

○Upang ligtas na sumailalim sa colonoscopy, pakisuri ang iyong mga sagot sa mga sumusunod na tanong.

/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. Nagkaroon ka na ba ng colonoscopy?/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

(Kung oo, mangyaring pumili ng isa sa mga sumusunod./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

Itong klinika/This clinic/当院・Ibang klinika/Other clinic/他院)

**2. Na-diagnose ka na ba sa alinman sa mga sumusunod na sakit, o ikaw ay nasa ilalim ng paggamot para sa alinman sa mga ito?**

/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) Glaucoma/Glaucoma/緑内障**

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

**2) Diabetes mellitus/Diabetes mellitus/糖尿病**

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

**3) Arrhythmia/Arrhythmia/不整脈**

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

**4) Sakit sa puso/Cardiac disease/心臓病**

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

**5) Hika/Asthma/喘息**

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

**6) Prostatic hyperplasia (pinalaki na glandula ng prostate)**

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

(Para sa lalaki lamang/Only for male/男性のみ)

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

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

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

**4. Ang pagdurugo ay hindi madaling huminto (Impaired blood clotting).**

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

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

5. **Mayroon kabang allergy o wala?/Are you allergic to anything?/アレルギーがありますか?**

Wala/No/いいえ

Oo/Yes/はい

Kung oo, ano ang iyong allergy?/If yes, what are you allergic to? /アレルギーの原因物質はなんですか  
( )

6. **Nakaramdam ka na ba ng sakit pagkatapos ng sedative o anesthesia (halimbawa sa isang dental clinic)?  
/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

7. **Nagkaroon ka na ba ng anumang malalang sakit o operasyon?**

/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

Kung oo, ano ang sakit o operasyon na iyon? /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 ( )

Checklist para sa medical staff (Ang sumusunod na 6 na item ay hindi kailangang sagutin)

/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) **Ang pasyente ba ay may nakagawiing paninigas ng dumi?/Does the patient have habitual constipation?**

/常習的な便秘があるか？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

2) **Ang pasyente ba ay may ileus (pagbara sa bituka), o pinaghihinalaang mayroon siya nito?**

/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

3) **Ang pasyente ba ay may dysphagia/kahirapan sa paglunok o aspirasyon/paglanghap ng banyagang bagay?**

/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

4) **Kailangan ba ng pasyente ng espesyal na pangangalaga sa pag-inom dahil sa kanyang edad?**

/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

5) **Ang pasyente ba ay umiinom ng insulin o isang oral antidiabetic?**

/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？

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

6) **Ang lugar kung saan iinum ng pasyente ang Niflec/The place where the patient will take Niflec**

/ニフレック服用場所

• Sariling bahay ng pasyente/Patient's own house/自宅

• Departamento ng Outpatient/Outpatient department/外来

• Departamento ng Inpatient/Inpatient department/入院

**○Mga hindi inaasahang sintomas/kumplikasyon/Unexpected symptoms/complications/偶発症について**

Sa masmasinsinang pagsagawa man ng eksaminasyon, may masmadalas pa din na hindi inaasahang mga sintomas/kumplikasyon na maaaring mangyari. Ang ilang mga pangunahing potensyal na hindi inaasahang sintomas/komplikasyon sa panahon ng endoscopic na pagsusuri ay kinabibilangan ng pagdurugo at pagkabutas (ang dingding ng bituka ay nabutas). Ayon sa isang survey na isinagawa ng Japan Gastroenterological Endoscopy Society, ang dalas ng mga hindi inaasahang sintomas/komplikasyon ay 0.04% at ang rate ng pagkamatay ay 0.00081%. Kung mangyari man ang mga hindi inaasahang sintomas/kumplikasyon, handa kaming gawin ang pinakamahusay na posibleng paggamot kabilang ang operasyon.

/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。

## Form ng Pahintulot para sa Colonoscopy /Consent Form for Colonoscopy /大腸内視鏡検査の同意書

Sa direktor ng ospital/To the director of the hospital/病院長殿

Masusing ipinaliwanag ko ang pangangailangan, at ang mga posibleng hindi inaasahang sintomas/komplikasyon ng colonoscopy sa sumusunod na pasyente, ayon sa kalakip na "Paliwanag ukol sa Lower Gastrointestinal (GI) Endoscopy (Colonoscopy) at Endoscopic Treatment."

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。

Nag-aalagang doktor/Attending physician/主治医 (Doktor na namamahala/Doctor in charge/担当医師)

Saksi/Witness/同席者

Petsa ng pagpapaliwanag/Date of explanation/検査説明日 Taon/Year/年 Buwan/Month/月

Araw/Day/日

Nakatanggap ako ng sapat na paliwanag tungkol sa pangangailangan, at ang mga posibleng hindi inaasahang sintomas/komplikasyon ng colonoscopy mula sa aking dumadating na manggagamot at doktor na namamahala, ayon sa nakalakip na "Paliwanag ng Lower Gastrointestinal (GI) Endoscopy (Colonoscopy) at Endoscopic Treatment," at lubos kong naintindihan ito. Sa batayan ng pag-unawang ito, pumapayag akong sumailalim sa isang colonoscopy.

\* Naiintindihan ko na kahit na pumayag ako sa pagsusuri, malaya akong bawiin ang aking awtorisasyon anumang oras.

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。

Lagda ng Pasyente/Patient signature/患者様署名 (Lagda/Signature/自署) :

Legal na tagapag-alaga o kinatawan/Legal guardian or representative/保護者又は代理人 :

(Relasyon/Relationship/続柄)

Petsa/Date/署名日 : Taon/Year/年 Buwan/Month/月 Araw/Day/日

Paalala/Note/注) ⇒ Kapag ang pasyente ay hindi makapirma nang mag-isa o siya ay isang menor de edad, ang kanilang legal na tagapag-alaga o kinatawan ay dapat pumirma sa itaas.

/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.

Ang pagsasaling ito sa Ingles ay inihanda sa ilalim ng pangangasiwa ng mga doktor, eksperto sa batas o iba pa. Kapag mayroong lumitaw na anumang pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng kahulugan sa mga kaugnay na wika o sistema, ang orihinal na Japanese ay bibigyan ng prayoridad. 大腸内視鏡検査の問診と同意書 2024年3月版