

**Bảng câu hỏi y tế cho nội soi đại tràng**  
**/Medical Questionnaire for Colonoscopy**  
**/大腸内視鏡検査の問診票**

Ngày nội soi đại tràng /Date of Colonoscopy/検査日 :

Thời gian /Time/検査時間 :

Tên bệnh nhân /Patient Name/患者氏名 :

○Để tiến hành nội soi một cách an toàn, vui lòng kiểm tra câu trả lời của bạn cho các câu hỏi sau.

/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. Bạn đã bao giờ nội soi chưa?/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？

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

(Nếu có, vui lòng chọn một trong các lựa chọn sau/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

Phòng khám này /This clinic/当院・Phòng khám khác /Other clinic/他院)

**2. Bạn đã bao giờ được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh nào sau đây hoặc bạn đang được điều trị bất kỳ bệnh nào trong số đó chưa?**

/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) Bệnh tăng nhãn áp /Glaucoma/緑内障**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**2) Đái tháo đường /Diabetes mellitus/糖尿病**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**3) Rối loạn nhịp tim /Arrhythmia/不整脈**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**4) Bệnh tim /Cardiac disease/心臓病**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**5) hen suyễn /Asthma/喘息**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**6) Tăng sản tuyến tiền liệt (tuyến tiền liệt mở rộng)**

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

(Chỉ dành cho nam /Only for male/男性のみ)

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**3. Bạn đang dùng thuốc chống đông máu./You are taking an anticoagulant./血を止まりにくくなる薬を飲んでい**

る

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**4. Chảy máu không dễ cầm (Suy giảm đông máu).**

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

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

5. **Bạn có dị ứng cái gì không?/Are you allergic to anything?/アレルギーがありますか?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Nếu có, bạn bị dị ứng với cái gì?/If yes, what are you allergic to? /アレルギーの原因物質はなんですか  
( )

6. **Bạn đã bao giờ cảm thấy khó chịu sau khi dùng thuốc an thần hoặc gây mê (ví dụ tại phòng khám nha khoa) chưa?**

**/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?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

7. **Bạn đã từng mắc bệnh hiểm nghèo hay phẫu thuật nào chưa?**

**/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?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Nếu có thì đó là bệnh gì hoặc phẫu thuật gì?/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 ( )

Danh sách kiểm tra sử dụng của nhân viên y tế (6 mục sau không cần trả lời)

/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) Bệnh nhân có bị táo bón thường xuyên không?**

**/Does the patient have habitual constipation?**

**/常習的な便秘があるか?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**2) Bệnh nhân có bị tắc ruột (tắc ruột) hoặc nghi ngờ mắc bệnh này không?**

**/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?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**3) Bệnh nhân có khó nuốt/khó nuốt hoặc sặc/hít phải vật lạ không?**

**/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?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**4) Bệnh nhân có cần được chăm sóc đặc biệt trong việc uống rượu vì độ tuổi của mình không?**

**/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?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**5) Bệnh nhân có đang dùng insulin hoặc thuốc trị đái tháo đường đường uống không?**

**/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?**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**6) Nơi bệnh nhân sẽ dùng Niflec /The place where the patient will take Niflec**

**/ニフレック服用場所**

・Nhà riêng của bệnh nhân /Patient's own house/自宅

・Khoa ngoại trú /Outpatient department/外来

・Khoa nội trú /Inpatient department/入院

**○Các triệu chứng/biến chứng không mong muốn /Unexpected symptoms/complications/偶発症について**

Việc khám càng chính xác thì các triệu chứng/biến chứng không mong muốn có thể xảy ra thường xuyên hơn. Một số triệu chứng/biến chứng không mong muốn tiềm ẩn chính khi khám nội soi bao gồm chảy máu và thủng (thành ruột bị thủng). Theo khảo sát do Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Nhật Bản thực hiện, tần suất xuất hiện các triệu chứng/biến chứng không mong muốn là 0,04% và tỷ lệ tử vong là 0,00081%. Nếu các triệu chứng/biến chứng không mong muốn xảy ra, chúng tôi sẵn sàng thực hiện phương pháp điều trị tốt nhất có thể bao gồm cả phẫu thuật.

/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。

# Mẫu đồng ý nội soi đại tràng

## /Consent Form for Colonoscopy

### /大腸内視鏡検査の同意書

Gửi Giám đốc bệnh viện /To the director of the hospital/病院長殿

Tôi đã giải thích kỹ lưỡng về sự cần thiết và các triệu chứng/biến chứng không mong muốn có thể xảy ra của nội soi cho bệnh nhân sau, theo “Giải thích về Nội soi Đường tiêu hóa Dưới (GI) (Nội soi) và Điều trị Nội soi đính kèm.”

/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。

Bác sĩ điều trị /Attending physician/主治医（Bác sĩ phụ trách /Doctor in charge/担当医師）

Nhân chứng /Witness/同席者

Ngày giải trình /Date of explanation/検査説明日 Năm /Year/年 Tháng /Month/月 Ngày /Day/日

Tôi đã nhận được lời giải thích đầy đủ về sự cần thiết và các triệu chứng/biến chứng không mong muốn có thể xảy ra của nội soi từ bác sĩ điều trị và bác sĩ phụ trách của tôi, theo “Giải thích về Nội soi Đường tiêu hóa Dưới (GI) (Nội soi) và Điều trị Nội soi đính kèm,” và đã hiểu nó. Trên cơ sở hiểu biết này, tôi đồng ý thực hiện nội soi.

\* Tôi hiểu rằng ngay cả khi tôi đồng ý kiểm tra, tôi có quyền rút lại sự cho phép của mình bất cứ lúc nào.

/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。

Chữ ký bệnh nhân /Patient signature/患者様署名（Ký tên /Signature/自署）:

Người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp /Legal guardian or representative/保護者又は代理人:

(Mối quan hệ /Relationship/続柄)

Ngày /Date/署名日: Năm /Year/年 Tháng /Month/月 Ngày /Day/日

Ghi chú /Note/注) ⇒ Khi bệnh nhân không thể tự mình ký hoặc bệnh nhân là trẻ vị thành niên thì người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp của họ nên ký tên ở trên.

/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。