

استبيان طبي حول تنظير القولون

/ Medical Questionnaire for Colonoscopy

/大腸内視鏡検査の問診票

الوقت /Time/検査時間:

تاريخ تنظير القولون /Date of Colonoscopy/検査日:

اسم المريض /Patient Name/患者氏名:

○ يُرجى مراجعة إجاباتك على الأسئلة التالية، حتى تتمكن من إجراء تنظير القولون بأمان.

/ 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. هل سبق لك إجراء تنظير للقولون؟

/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？

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

(إذا كانت الإجابة "نعم"، فيُرجى اختيار أحد الخيارات التالية)

/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

(في هذه العيادة /This clinic/ 当院 • عيادة أخرى /Other clinic/ 他院)

2. هل سبق تشخيص إصابتك بأي من الأمراض التالية، أو هل تتلقى علاجاً لأي منها؟

/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) الجلوكوما /Glaucoma/ 緑内障

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

2) داء السكري /Diabetes mellitus/ 糖尿病

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

3) اضطراب ضربات القلب /Arrhythmia/ 不整脈

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

4) أمراض القلب /Cardiac disease/ 心臓病

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

5) الربو /Asthma/ 喘息

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

6) تضخم البروستاتا (تضخم غدة البروستاتا) /Prostatic hyperplasia (enlarged prostate gland)/ 前立腺肥大

(Only for male/ 男性のみ)

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

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

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

4. Bleeding does not stop easily (Impaired blood clotting)/ 血が止まりにくい /عدم توقف النزيف بسهولة (ضعف تخثر الدم).

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

5. Are you allergic to anything? /アレルギーがありますか؟ /هل تعاني من حساسية تجاه أي شيء؟

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

(إذا كانت الإجابة "نعم"، فما هي مسببات تلك الحساسية؟)

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

6. هل سبق لك الشعور بالغثيان بعد تناول مهدئ أو مخدر (على سبيل المثال في عيادة أسنان)؟

/ Have you ever felt sick after a sedative or anesthesia (for example at a dental clinic)?

/麻醉（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？

☐ لا /No/いいえ☐ نعم /Yes/はい

7. هل سبق لك الإصابة بأي أمراض خطيرة أو أجريت لك عملية جراحية؟

/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？

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

الجراحة؟ أو المرض نوع فما، "نعم" الإجابة كانت إذا

/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

()

مجموعة الأسئلة هذه مخصصة للطاقم الطبي (لذا، لا حاجة للإجابة على الأسئلة الستة التالية)

/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 (Does the patient have habitual constipation? /常習的な便秘があるか？ / هل يعاني المريض من إمساك مزمن؟

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

2 (هل يعاني المريض من العِلوص (انسداد الأمعاء)، أو يُشتبه بإصابته بهذا المرض؟

/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？

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

3 (هل يعاني المريض من عسر البلع/صعوبة في البلع أو استنشاق أجسام غريبة؟

/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？

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

4 (هل يحتاج المريض إلى رعاية خاصة عند الشرب بسبب عمره؟

/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？

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

5 (هل يتناول المريض الأنسولين أو مضادات السكري التي تؤخذ عبر الفم؟

/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？

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

6 (The place where the patient will take Niflec /ニフレック服用場所 / المكان الذي سيتناول فيه المريض دواء نيفليك

• Patient's own house/自宅 / منزل المريض

• Outpatient department/外来 / قسم العيادات الخارجية

• Inpatient department/入院 / قسم العيادات الداخلية

○ Unexpected symptoms/complications /偶発症について

كلما كان الفحص دقيقاً، زادت احتمالية حدوث أعراض/مضاعفات غير متوقعة. تشمل بعض الأعراض/المضاعفات الرئيسية المحتملة غير المتوقعة أثناء الفحص بالمنظار على إمكانية حدوث نزيف أو ثقب (حينما يكون جدار الأمعاء مثقوباً). ووفقاً استطلاع للرأي أجرته الجمعية اليابانية لتنظير الجهاز الهضمي، بلغ معدل تكرار الأعراض/المضاعفات غير المتوقعة 0.04%، بينما بلغ معدل الوفيات 0.00081%. نحن على أتم الاستعداد لتقديم أفضل علاج ممكن، بما في ذلك الجراحة، في حال حدوث أي أعراض/مضاعفات غير متوقعة.

/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。

نموذج الموافقة على تنظير القولون

/Consent Form for Colonoscopy

/大腸内視鏡検査の同意書

إلى مدير المستشفى / To the director of the hospital/ 病院長殿

لقد وضحت بصورة وافية ضرورة تنظير القولون، والأعراض/المضاعفات غير المتوقعة محتملة الحدوث للمريض التالي، وفقاً للمستند المرفق "توضيح بشأن تنظير الجهاز الهضمي (GI) السفلي (تنظير القولون) والعلاج بالمنظار".

/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和偶発症について 患者（ ）様に十分説明いたしました。

_____ /الطبيب المعالج /Doctor in charge/ 担当医師 ()

_____ /الشاهد /Witness/ 同席者

_____ /Date of explanation/ 検査説明日 /يوم /Day/ 日 /شهر /Month/ 月 /سنة /Year/ 年

لقد تلقيتُ توضيحاً وافياً من طبيبي المعالج والطبيب المسؤول بشأن ضرورة تنظير القولون، والأعراض/المضاعفات غير المتوقعة المحتملة له، وذلك وفقاً للمستند المرفق "توضيح بشأن تنظير الجهاز الهضمي (GI) السفلي (تنظير القولون) والعلاج بالمنظار"، وقد فهمت ذلك. وعلى أساس هذا الفهم، أوافق على الخضوع لتنظير القولون.

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

/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和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。

_____ /Patient signature/ 患者様署名 /توقيع المريض /Signature/ 自署 ()

_____ /Legal guardian or representative/ 保護者又は代理人 /الوصي أو الممثل القانوني ()

_____ /Relationship/ 続柄 ()

_____ /Date/ 署名日: _____ /يوم /Day/ 日 /شهر /Month/ 月 /سنة /Year/ 年

/Note/ 注 (ملاحظة): عندما لا يتمكن المريض من التوقيع بنفسه أو كان قاصراً، فيجب على الوصي القانوني عليه أو ممثله القانوني التوقيع أعلاه.

/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。

أعنت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

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.

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。