

Medical Questionnaire for Colonoscopy

/大腸内視鏡検査の問診票

Date of Colonoscopy/検査日:

Time/検査時間:

Patient Name/患者氏名:

○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. **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？**

No/いいえ

Yes/はい

(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)

This clinic/当院・Other clinic/他院)

2. **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/緑内障**

No/いいえ

Yes/はい

2) **Diabetes mellitus/糖尿病**

No/いいえ

Yes/はい

3) **Arrhythmia/不整脈**

No/いいえ

Yes/はい

4) **Cardiac disease/心臓病**

No/いいえ

Yes/はい

5) **Asthma/喘息**

No/いいえ

Yes/はい

6) **Prostatic hyperplasia (enlarged prostate gland)/前立腺肥大（Only for male/男性のみ）**

No/いいえ

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**

No/いいえ

Yes/はい

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

No/いいえ

Yes/はい

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

No/いいえ

Yes/はい

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

6. **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？

No/いいえ

Yes/はい

7. 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？

 No/いいえ Yes/はい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 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？ No/いいえ Yes/はい**2) 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？

 No/いいえ Yes/はい**3) 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？

 No/いいえ Yes/はい**4) 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？

 No/いいえ Yes/はい**5) 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？

 No/いいえ Yes/はい**6) The place where the patient will take Niflec /ニフレック服用場所**

・Patient's own house/自宅

・Outpatient department/外来

・Inpatient department/入院

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

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。

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

To the director of the hospital/病院長殿

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。

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

Witness/同席者

Date of explanation/検査説明日 Year/年 Month/月 Day/日

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。

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

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

(Relationship/続柄)

Date/署名日: Year/年 Month/月 Day/日

Note/注) ⇒: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。