

Cuestionario médico para colonoscopia /大腸内視鏡検査の問診票

Fecha de examen/検査日 : Hora de examen/検査時間 :
Nombre del paciente/患者氏名 : 様

- Conteste a las siguientes preguntas marcando con un círculo para poder proceder en manera segura el examen de colonoscopia.
/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。

I. ¿Anteriormente se ha hecho una colonoscopia?

/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 Sí/はい

(Quien marcó “Sí”, por favor marque un círculo en uno de los siguientes.

/はいの方は、いずれかに○をつけてください

En este hospital/当院・Otro/他院)

II. ¿Está recibiendo o ha recibido tratamiento para alguna enfermedad de las siguientes?

/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

Sí/はい

2. Diabetes/糖尿病

No/いいえ

Sí/はい

3. Arritmia/不整脈

No/いいえ

Sí/はい

4. Enfermedad cardíaca/心臓病

No/いいえ

Sí/はい

5. Asma/喘息

No/いいえ

Sí/はい

6. Hipertrofia prostática/前立腺肥大（solo para hombres/男性のみ）

No/いいえ

Sí/はい

III. ¿Está tomando medicamentos anticoagulantes?/血が止まりにくくなる薬を飲んでいる

No/いいえ

Sí/はい

IV. ¿Tarda mucho en dejar de sangrar?/血が止まりにくい

No/いいえ

Sí/はい

V. ¿Es alérgico?/アレルギーがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

Para quien contestó “Sí”, ¿qué le causa alergia?

/アレルギーの原因物質はなんですか。()

VI. ¿Ha sentido malestar al recibir anestesia (como en la odontología)?

/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

Sí/はい

VII ¿Ha recibido tratamiento médico u operación para alguna enfermedad grave?

/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Sí/はい**Para quien contestó “Sí”, ¿cuál es la enfermedad o la operación? Escríbala.**

/「はい」の方へ、その病気・手術はなんですか。ご記入ください

()

Lista de verificación para el personal medico

(El/la paciente no necesita responder las siguientes 6 preguntas)

/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）

I. ¿Es habitual que sufra estreñimiento?/常習的な便秘があるか。No/いいえSí/はい**II. ¿Sufre o tiene la posibilidad de tener una obstrucción intestinal?**

/腸閉塞または、その疑いはあるか。

No/いいえSí/はい**III. ¿Sufre de disfagia (dificultad para pasar los alimentos) o tiene riesgo de aspiración (inhala alimentos hacia las vías respiratorias)?**

/嚥下障害または、誤嚥があるか。

No/いいえSí/はい**IV. ¿Por ser una persona de edad avanzada se necesita planificar una forma de hidratación adecuada?**

/高齢のため飲用方法に配慮が必要か。

No/いいえSí/はい**V. ¿Está tomando medicamentos vía oral para la diabetes o utiliza insulina?**

/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Sí/はい**VI. ¿En dónde toma el Niflec?/ニフレック服用場所**En casa/自宅Departamento de pacientes ambulatorios/外来En el hospital/入院**○Sobre enfermedad accidental/偶発症について**

Cuando el examen es minucioso, la frecuencia de alguna complicación aumenta. En este examen, el sangrado y perforación (se produce agujero en la pared del intestino) causadas por manipulación del endoscopio pueden ser unas de las principales complicaciones. Según la investigación patrocinada por la Sociedad Endoscópica Japonesa, encontraron que la tasa de mortalidad general (muertes) es 0,00081% y que la incidencia es 0,04%. En el caso que se presente una complicación, tomaremos las mejores medidas inclusive hasta llegar a hacer una intervención quirúrgica.

/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。

Consentimiento informado para colonoscopia

/大腸内視鏡検査の同意書

Hospital/病院 Director/院長 殿

Sobre la necesidad de realizar una colonoscopia y sobre la explicación de las complicaciones relacionadas, mediante el documento adjunto “Instrucciones para colonoscopia (examen del colon utilizando un fibroscopio) y el tratamiento endoscópico”

/下部消化管内視鏡の必要性と偶発症について、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

Le ofrecí suficiente explicación al paciente Sr./Sra. ()

/
患者 () 様に充分説明いたしました。

Médico tratante/主治医(Médico encargado/担当医師)

Acompañante/同席者

Fecha de explicación/検査説明日 año/年 mes/月 día/日

Mediante el documento adjunto “Instrucciones para colonoscopia (examen del colon utilizando un fibroscopio) y el tratamiento endoscópico” he sido debidamente informado/a por mi médico tratante y por mi médico encargado sobre la necesidad de efectuar la colonoscopia. También he recibido explicaciones sobre las complicaciones relacionadas y estoy de acuerdo que se me realice la colonoscopia.

/主治医および担当医から、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。

Aún después de haber entregado este formulario de consentimiento, podrá revocarlo en cualquier momento.

※同意された場合でも、いつでも撤回することができます

Firma del paciente/患者様署名(firma/自署) :

El tutor o el representante/保護者又は代理人 : (Parentesco/続柄)

Fecha de firma/署名日 Año/年 Mes/月 Día/日

Nota/注) Por favor firme en este formulario el tutor o el representante cuando el paciente no está en condición de hacerlo, o es menor de edad.

/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。