

## 대장 내시경검사 문진표 /大腸内視鏡検査の問診票

검사일/検査日 :                    검사시간/検査時間 :  
환자성함/患者氏名 :                    님/様

○하부소화관 내시경검사(대장 내시경 카메라)를 안전하게 실시하기 위해 아래의 질문에 ○ 표시를 해주십시오.  
/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. 하부소화기관 내시경(대장 내시경 카메라)검사를 받은 적이 있습니까?

/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?

아니오/いいえ                    예/はい

(‘예’라고 답한 분께서는 다음에 ○ 표시를 해주십시오.)

/はいの方は、いずれかに○をつけてください

당원/当院・타병원/他院)

### II. 지금까지 아래에 해당하는 병을 진단받았거나 현재 치료 중입니까?

/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. 녹내장/緑内障

아니오/いいえ

예/はい

#### 2. 당뇨병/糖尿病

아니오/いいえ

예/はい

#### 3. 부정맥/不整脈

아니오/いいえ

예/はい

#### 4. 심장병/心臓病

아니오/いいえ

예/はい

#### 5. 천식/喘息

아니오/いいえ

예/はい

#### 6. 전립선비대/前立腺肥大 (남성만/男性のみ)

아니오/いいえ

예/はい

### III. 피가 잘 멈추지 않게 되는 약을 복용하고 있다/血を止まりにくくなる薬を飲んでいる

아니오/いいえ

예/はい

## IV. 피가 잘 멈추지 않는다/血が止まりにくい

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## V. 알레르기가 있습니까?/アレルギーがありますか?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

‘예’라고 답하신 분/はいの方へ:

알레르기의 원인이 되는 물질은 무엇입니까?

/アレルギーの原因物質はなんですか? ( )

## VI. 마취(치과 등)를 받고 기분이 안좋아진 적이 있습니까?

/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?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## VII. 그 밖에 큰 병·수술을 받은 적이 있습니까?/その他大きな病気・手術などをしたことがありますか?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

‘예’라고 답하신 분/「はい」の方へ:

어떠한 병·수술이었습니까? 기입해 주시기 바랍니다./その病気・手術はなんですか? ご記入ください  
 ( )

의료관계자용 체크리스트(아래의 6개 항목에 대해서는 환자분이 대답하실 필요는 없습니다.)

/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. 습관성 변비가 있는가?/常習的な便秘があるか?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## II. 장폐색의 진단 혹은 의심을 받은 적이 있는가?/腸閉塞または、その疑いはあるか?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## III. 연하장애(삼키기 장애) 혹은 오연이 있는가?/嚥下障害または、誤嚥があるか?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## IV. 고령 때문에 마실 때 배려가 필요한가?/高齢のため飲用方法に配慮が必要か?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## V. 인슐린 또는 경구 당뇨병약을 복용하고 있는가?

/インスリンあるいは、経口糖尿病薬を用いているか?

- 아니오/いいえ  
 예/はい

## VI. 니플렉(하제약)을 복용하는 장소/ニフレック服用場所

- 자택/自宅  
 외래/外来  
 입원/入院

### ○우발증에 대하여/偶発症について

정밀한 검사일수록 우발증의 빈도는 높아집니다. 대장 내시경검사의 주된 우발증으로는 내시경 조작으로 인한 출혈이나 천공(장에 구멍이 남) 등이 있습니다. 일본소화기 내시경학회가 조사한 집계에 의하면 그 빈도는 0.04%이고, 사망률은 0.00081%이었습니다. 만일 우발증이 발생할 경우에는 외과적 처치를 포함하여 최선을 다해 대처하도록 하겠습니다.

/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。

# 대장 내시경검사 동의서

## /大腸内視鏡検査の同意書

병원/病院 원장/院長

귀하/殿

하부소화기 내시경의 필요성과 유발증에 대하여, 별지 “하부소화관 내시경검사(대장 화이버스코프 검사)와 내시경 치료에 대한 설명서”를 가지고 /下部消化管内視鏡の必要性和偶発症について、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、환자/患者（ ） 님에게 충분히 설명하였습니다./様に充分説明いたしました。

주치의/主治医 (담당의사/担当医師)

동석자/同席者

검사설명일/検査説明日

년/年

월/月

일/日

주치의 및 담당의사로부터 별지 “하부소화관 내시경검사(대장 화이버스코프 검사)와 내시경 치료에 대한 설명서”에 기재된 하부소화기 내시경검사의 필요성과 유발증에 대하여 충분한 설명을 들었고 납득하였으므로, 하부소화기 내시경검사를 받는 것에 동의합니다.

/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和偶発症について充分な説明を受け、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。

※동의 하신 경우에도 언제든지 철회하실 수 있습니다.

※同意された場合でも、いつでも撤回することができます

환자서명/患者様署名 (자필/自署) :

보호자 및 대리인/保護者又は代理人 : (관계/続柄 )

서명일/署名日

년/年

월/月

일/日

주의/注) 보호자 및 대리인의 서명은 환자 본인이 서명할 수 없는 경우나 미성년자일 경우에 기입해 주시기 바랍니다.

/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。