

Cuestionario médico y Consentimiento de Endoscopia Digestiva Alta (Gastroscofia)

/上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の問診票と検査同意書

Fecha del examen/検査日 Año/年 Mes/月 Día/日
 Hora del examen/検査時間 Hora/時 Minutos/分頃
 Identificación ID/患者 ID Nombre del paciente/患者氏名

1) ¿Se ha hecho alguna vez un examen endoscópico?/内視鏡検査を受けたことがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

(Gastroscofia/胃カメラ (Veces/回 En este hospital/当院 Otro hospital/他院)

(Colonoscopia/大腸カメラ (Veces/回 En este hospital/当院 Otro hospital/他院)

2) ¿Le han dicho alguna vez que padece de algún mal en el corazón o arritmia?

/心臓が悪い、あるいは不整脈と言われたことがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

3) ¿Está tomando medicamentos anticoagulantes, antiplaquetas, (WARFARINA, PRAZAXAL, XARELTO, BAYASPIRIN, ELIQUIS, BUFFERIN, etc.) ?

/抗凝固剤、抗血小板薬（ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、バイアスピリン、エリキュース、バファリン等）を飲んでいますか。

No/いいえ

Sí/はい

(En el caso de que tenga instrucciones o una prescripción médica por parte del médico externo, favor de seguir dichas instrucciones

/外来担当医から指示のある場合は、指示を守ってください)

4) ¿Le han dicho alguna vez en Oftalmología, que padece de glaucoma o que su presión ocular es alta?

/眼科で緑内障、あるいは眼圧が高いと言われたことがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

5) Asma/喘息

No/いいえ

Sí/はい

6) ¿Padece de hipertrofia prostática, o tiene dificultad al orinar?

/前立腺肥大、あるいは尿の出にくいことがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

7) ¿Le han dicho alguna vez que padece de hipertensión arterial (presión alta)?

/血圧が高いと言われたことがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

8) ¿Le han dicho alguna vez que padece de Diabetes?/糖尿病と言われたことがありますか。

No/いいえ

Sí/はい

(Si usa medicamentos para la diabetes o inyecciones de insulina, el día del examen deberá abstenerse de dichos medicamentos, favor de no tomar medicamentos en la mañana ni al mediodía.

/糖尿病薬またはインシュリン注射を使用中の場合は、検査当日の朝と昼は薬を使用しないでください)

9) ¿Tiene alergia a algún medicamento?/薬のアレルギーはありますか。

No/いいえ

Sí/はい

Anestésicos/麻酔薬

Otros/その他 (

)

10) ¿Tiene prótesis dental completa o parcial que se pueda desmontar?

/取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか。

No/いいえ

Sí/はい

(Si va a recibir el examen gastroscópico, favor de quitarse las prótesis dentales antes del examen.

/胃カメラ検査を受ける場合は、事前にはずしてください)

11) Actualmente, está o existe la posibilidad de que esté embarazada. O bien, está amamantando (período de lactancia materna).

/現在妊娠中または妊娠の可能性がある。または、授乳中である。

No/いいえ

Sí/はい

12) ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, o le han operado alguna vez?

/大きな病気や手術をしたことはありますか。

No/いいえ

Sí/はい

13) ¿Hoy día, se vino manejando un coche?/今日は車を運転してきましたか。

No/いいえ

Sí/はい

Consentimiento para Endoscopia Digestiva Alta /上部消化管内視鏡検査の同意書

Según la hoja aparte, 「Explicación sobre Endoscopia Digestiva Alta」【() Vía Nasal () Vía Oral】 el médico encargado me ha explicado detalladamente sobre la necesidad de este examen y las complicaciones que pudieran presentarse, y he comprendido su contenido, por lo tanto doy mi consentimiento a ello.

/別紙「上部消化管内視鏡検査の説明書」【() 経鼻式、() 経口式】により検査の必要性、偶発症について担当医より十分な説明を受け、その内容を理解したうえで、同意します。

※Aún después de haber dado su consentimiento, podrá ser revocado 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

Año/年 Mes/月 Día/日

Nombre del paciente/患者氏名 (su firma/自署)

Fecha de explicación/説明日時 Año/年 Mes/月 Día/日

Médico que ha dado la explicación/説明医師:

Persona acompañante/同席者: