

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 해 주시기 바랍니다.

/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 해 주시기 바랍니다.

/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 6 개 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

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、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

병원/病院 원장/院長 귀하/殿

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と、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。