

Formulário do Exame de Endoscopia Digestiva Alta (I CAMERA) /上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の問診票

Data do exame/検査日 _____ Ano/年 _____ Mês/月 _____ Dia/日 _____

Horário do exame/検査時間 _____ horas/時 _____ minutos/分頃 _____

ID do(a) paciente/患者 ID _____ Nome do(a) paciente/患者氏名 _____

1) Já fez alguma vez o exame de endoscopia?/内視鏡検査を受けたことがありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

(endoscopia gástrica/胃カメラ

vezes/回

neste hospital/当院

outro hospital/他院)

(colonoscopia/大腸カメラ

vezes/回

neste hospital/当院

outro hospital/他院)

2) Já foi diagnosticado com alguma doença cardíaca ou com 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。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

3) Está tomando medicamento anticoagulante, antiagregante plaquetário (WARFARIN, PRAZAXA, XARELTO, BAYASPIRIN, ELIQUIS ou BUFFERIN, entre outros)?

/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。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

(Caso haja indicação do médico do ambulatório, favor respeitar a indicação

/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) Já foi diagnosticado(a) como tendo glaucoma ou pressão intraocular alta por oftalmologista?

/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。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

5) Asma/喘息

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

6) Tem hipertrofia da próstata ou tem dificuldade de urinar?

/前立腺肥大、あるいは尿の出にくいことがありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

7) Já foi diagnosticado(a) com hipertensão arterial?/血圧が高いと言われたことがありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

8) Já foi diagnosticado(a) com diabetes mellitus?/糖尿病と言われたことがありますか。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

(Quem faz uso de medicamentos para diabetes mellitus ou insulina, favor suspender a medicação na manhã e tarde do dia do exame.

/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) Tem alergia a medicamentos ?/薬のアレルギーはありますか。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

• Anestésicos/麻酔薬 • Outros/その他 ()

10) Usa prótese dental móvel ou fixo?/取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

(Caso for se submeter ao exame de endoscopia, favor remover com antecedência

/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) Atualmente está grávida ou há possibilidade de estar grávida, ou, está amamentando?

/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。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

12) Já teve alguma doença grave ou fez cirurgia?/大きな病気や手術をしたことはありますか。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

13) Hoje veio dirigindo veículos?/今日は車を運転してきましたか。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

Consentimento do Exame de Endoscopia Digestiva Alta /上部消化管内視鏡検査の同意書

Concordo em me submeter ao “Exame de Endoscopia Digestiva Alta” () por via nasal, () por via oral escrito em “folha explicativa” à parte, após ter recebido e entendido a explicação suficiente feita pelo médico responsável a respeito da necessidade de sua realização e das complicações

/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。

※Mesmo que concorde, poderá revogar a qualquer 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

Ano/年 Mês/月 Dia/日

Nome d(a) paciente/患者氏名（assinatura da própria pessoa/自署）

Data e horário da explicação/説明日時 Ano/年 Mês/月 Dia/日

Médico que efetuou a explicação/説明医師：

Acompanhante (testemunha)/同席者：