

上消化道内窥镜检查（胃镜）的问诊表

/上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の問診票

检查日期/検査日 _____ 年/年 月/月 日/日

检查时间/検査時間 点/時 分左右/分頃

患者/患者 ID

患者姓名/患者氏名

1) 是否接受过内窥镜检查? /内視鏡検査を受けたことがありますか。

- 否/いいえ
 是/はい

(胃镜/胃カメラ	次/回	本院/当院	其他医院/他院)
(结肠镜/大腸カメラ	次/回	本院/当院	其他医院/他院)

2) 是否被告知过心脏不好, 或心律失常?

/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。

- 否/いいえ
 是/はい

3) 是否在服用抗凝药, 抗血小板药

(华法令, 泰毕全, 利伐沙班, 阿司匹林, 阿哌沙班, 百服宁等) ?
 /抗凝固剂、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。

- 否/いいえ
 是/はい

(如果门诊担当医生有什么要求的话, 请予以遵守。
 /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) 是否在眼科被告知过患有青光眼、或眼压高?

/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。

- 否/いいえ
 是/はい

5) 哮喘/喘息

- 否/いいえ
 是/はい

6) 是否前列腺增生, 或排尿困难?

/前立腺肥大、あるいは尿の出にくいことがありますか。

- 否/いいえ
 是/はい

7) 是否被告知过血压高? /血压が高いと言われたことがありますか。

- 否/いいえ
 是/はい

8) 是否被告知过患有糖尿病? /糖尿病と言われたことがありますか。

否/いいえ

是/はい

(如果在服用糖尿病的药物或在注射胰岛素，检查当天的早晨和中午请不要用药。

/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) 是否药物过敏? /薬のアレルギーはありますか。

否/いいえ

是/はい

麻醉药/麻醉薬

其他/その他 ()

10) 是否有可以取下来的活动假牙?

/取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか。

否/いいえ

是/はい

(接受胃镜检查时，请事先取下活动假牙。

/胃カメラ検査を受ける場合は、事前には必ずしてください)

11) 正在妊娠或有妊娠的可能性。或在哺乳。

/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。

否/いいえ

是/はい

12) 是否患过严重的疾病或动过手术? /大きな病気や手術をしたことはありますか。

否/いいえ

是/はい

13) 今天是否自己开车来的? /本日は車を運転してきましたか。

否/いいえ

是/はい

上消化道内窓鏡検査の同意書 /上部消化管内視鏡検査の同意書

通过用《上消化道内窓鏡検査说明书》【() 经鼻方式、() 经口方式】，针对检查的必要性和有可能发生的并发症，接受了担当医生的充分说明，并已理解说明内容，同意接受检查。

/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。

※即使同意接受检查之后，也可随时撤回。

/同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

年/年 月/月 日/日

患者姓名/患者氏名（亲笔签字/自署）

说明日期/説明日時： 年/年 月/月 日/日

说明医生/説明医師：

出席者/同席者：