

상부소화관 내시경검사(위 내시경)의 문진표 /上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の間診票

검사일/検査日 _____ 년/年 _____ 월/月 _____ 일/日

검사시간/検査時間 _____ 시/時 _____ 분경/分頃

환자/患者 ID _____ 환자성함/患者氏名 _____

1) 내시경검사를 받은 적이 있습니까?/内視鏡検査を受けたことがありますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

(위 내시경/胃カメラ (_____ 회/回 _____ 본원/当院 _____ 타병원/他院)

(대장 내시경/大腸カメラ (_____ 회/回 _____ 본원/当院 _____ 타병원/他院)

2) 심장이 안 좋거나 부정맥을 진단 받은 적이 있습니까?

/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?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

3) 항응고제, 항혈소판약(와파린, 프라다사, 자렐토, 바이엘 아스피린, 엘리퀴스(아픽사반), 바파린 등)을 복용하고 있습니까?

/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、パファリン等）を飲んでいますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

(외래담당의로부터 지시가 있는 경우에는 지시에 따라 주시기 바랍니다

/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) 안과에서 녹내장, 또는 안압이 높다고 진단 받은 적이 있습니까?

/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?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

5) 천식이 있습니까?/喘息

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

6) 전립선비대 또는 소변이 잘 나오지 않은 적이 있습니까?

/前立腺肥大、あるいは尿の出にくいことがありますか。

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

7) 혈압이 높다고 진단받은 적이 있습니까?/血圧が高いと言われたことがありますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

8) 당뇨병을 진단받은 적이 있습니까?/糖尿病と言われたことがありますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

(당뇨병약 또는 인슐린주사를 사용중인 경우에는 검사 당일 아침과 점심에 약을 복용하는 것을 중지하여 주시기 바랍니다.

/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) 약에 대한 알레르기가 있습니까?/薬のアレルギーはありますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

마취약/麻酔薬

기타/その他 (

)

10) 탈부착이 가능한 의치가 있습니까?/取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

(위 내시경 검사를 받으실 때에는 미리 제거해주시기 바랍니다

/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) 현재 임신중 또는 임신 가능성이 있거나 수유 중입니까?

/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。

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

12) 큰 병이나 수술을 받은 적이 있습니까?/大きな病気や手術をしたことはありますか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

13) 오늘 직접 차를 운전해서 오셨습니까?/本日は車を運転してきましたか?

☐ 아니오/いいえ

☐ 예/はい

소화기관 내시경검사동의서 /上部消化管内視鏡検査の同意書

별지 "상부소화관내시경검사 설명서" 【()경비식, () 경구식】에 기재된 검사의 필요성과
우발증에 대해서 담당의사로부터 충분한 설명을 들었고 그 내용을 이해하였으며 이에 동의합니다.

/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。

※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

년/年 월/月 일/日

환자성함/患者氏名 (서명/自署)

설명한 날짜/説明日時 년/年 월/月 일/日

설명 의사/説明医師:

동석자/同席者: