

Medical Questionnaire for Upper Gastrointestinal Endoscopy (Gastroscope)

/上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）の問診票

Date of gastroscopy/検査日 _____ Year/年 _____ Month/月 _____ Day/日

Time/検査時間 _____ Hour/時 _____ Minutes/分頃 _____

Patient ID/患者 ID _____ Patient name/患者氏名 _____

1) Have you ever had an endoscopy?/内視鏡検査を受けたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

(Gastroscope/胃カメラ times/回 This clinic/当院 Other clinic/他院)

(Colonoscopy/大腸カメラ times/回 This clinic/当院 Other clinic/他院)

2) Have you ever been told that you have any heart problems, or diagnosed with arrhythmia?

/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

Yes/はい

3) Are you taking an anticoagulant or an antiplatelet drug (WARFARIN, PRAZAXA, XARELTO, BAYASPIRIN, ELIQUIS or 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、エリキウス、パファリン等）を飲んでいますか。

No/いいえ

Yes/はい

(If your out-patient clinic doctor has given you instructions, please follow them.

/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) Have you ever been diagnosed with glaucoma or high intraocular pressure by an ophthalmologist?

/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

Yes/はい

5) Asthma/喘息

No/いいえ

Yes/はい

6) Do you have prostatic hyperplasia (enlarged prostate gland) or have difficulty in urinating?

/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

Yes/はい

7) Have you ever been diagnosed with high blood pressure?

/血圧が高いと言われたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

8) Have you ever been diagnosed with diabetes mellitus? /糖尿病と言われたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

(If you are undergoing treatment with diabetes medicine or insulin injection, do not take those medications in the morning and at noon on the day of the examination.

/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) Do you have any drug allergies? /薬のアレルギーはありますか。

No/いいえ

Yes/はい

・ Anesthetic/麻酔薬 ・ Others/その他 ()

10) Are you wearing removable dentures or post crowns?

/取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか。

No/いいえ

Yes/はい

(When you are having a gastroscopy, please remove them beforehand.

/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) Are you pregnant or possibly pregnant, or are you breastfeeding now?

/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

Yes/はい

12) Have you ever had any major diseases or surgery? /大きな病気や手術をしたことはありますか。

No/いいえ

Yes/はい

13) Did you drive by yourself to come here today? /今日は車を運転してきましたか。

No/いいえ

Yes/はい

Consent Form for Upper Gastrointestinal Endoscopy /上部消化管内視鏡検査の同意書

I have received sufficient explanation about the necessity, and the possible procedural complications of the examination from a doctor in charge, having been shown the attached paper, "Explanation of Upper Gastrointestinal (GI) Endoscopy"【() transnasal、() transoral】, and I have understood them. On the basis of this understanding, I consent to undergo the examination.

/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。

*I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

Year/年 Month/月 Day/日

Patient name/患者氏名 (Signature/自署)

Date of explanation/説明日時 Year/年 Month/月 Day/日

Physician providing explanation/説明医師:

Witness/同席者: