

消化管内視鏡検査（胃カメラ・大腸カメラ）を受診する方は、
実施日の10日前までにこちらの事前問診票をメール[japan@samitivej.co.th]で
必ずご提出ください。



消化管内視鏡(胃カメラ/大腸カメラ)事前問診票/Pre-Assessment Sheet of Gastroscopy/ Colonoscopy

氏名(ローマ字) Name	First name	Last name	生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
電話番号 Tel			予約日 Visit Day	年 Year	月 Month	日 Day

《女性の方へ》婦人科の手術が予定されているか、妊娠の可能性はありますか？

- 現在妊娠している可能性はありますか？ あるいはこの機会に検査を受けるか？ ない 不明 ある
- 現在授乳していますか？ あるいはこの機会に検査を受けるか？ はい いいえ はい いいえ

◎妊娠の可能性のある方や、授乳中の方は検査を受けられない場合がありますので、必ずお申し出下さい。

1. 今回の内視鏡は「鎮静剤」と「のどスプレー麻酔」どちらでの実施を希望ですか？（大腸内視鏡を実施される方は「鎮静剤」をお選び下さい）
 ท่านประสงค์ที่จะตรวจส่องกล้องแบบใดระหว่างใช้ยานอนหลับหรือพ่นยาที่คอ

- 鎮静剤 (Sedation) のどスプレー麻酔 (Local anesthesia)

*鎮静剤を使う場合は、お迎えの方が必要です。

お迎えの方(運転手可)のお名前と電話番号(ชื่อและเบอร์มือถือของคนที่ขับรถที่จะมารับ) [Name: _____ / Mobile: _____]

2. 薬や注射、麻酔等で副作用やアレルギーが出た経験はありますか？ ท่านมีประวัติการแพ้ยาหรือไม่

- ない ある (薬剤名 ชื่อว่า: _____)

3. がんが診断されたことはありますか？ เคยเป็นมะเร็งหรือไม่

- ない ある (部位: _____ がん มะเร็งส่วนใด)

4. 心臓の病気はありますか？ เป็นโรคหัวใจหรือไม่

- ない ある (「ある」と答えた方 (該当するものを○で囲ってください))
- | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| 狭心症
Angina pectoris | 心筋梗塞
Myocardial infarction | 心房細動
Atrial fibrillation | 不整脈
Irregular pulse | ペースメーカーあり
Pacemaker | その他 Others
_____ |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|

5. 血液をさらさらにする薬(抗血小板薬/抗凝固薬)を内服していますか？ ท่านรับประทานยาละลายลิ่มเลือดอยู่หรือไม่

- いいえ はい (「はい」と答えた方 (該当するものを○で囲ってください))
- ※血液をさらさらにする(固まりにくくする)薬を内服している方は、事前に必ずかかりつけの医師と「内視鏡実施と内服薬の一時中止」についてご相談下さい。ご相談なき場合には内視鏡実施ができない場合があります。

Aspirin - B-Aspirin - Ascot - Cardiprin - ASA	Ticagrelor - Brilinta	Cilostazol - Pletaal	Dipyridamole - Agremol	Dipyridamole + Aspirin - Aggrenox	Ticlopidine - Ticlodin
Clopidogrel - Plavix - Apolet	Warfarin - Orfarin	Dabigatran - Pradaxa	Rivaroxaban - Xarelto	Heparin	Persantin

6. 上記以外で、現在内服中のお薬がある方はすべてご記入下さい。ยาที่รับประทานอยู่(นอกเหนือจากข้อ 5)

- ない ある (薬名 ชื่อว่า: _____)

7. その他の重要な病気 โรคอื่นๆที่เป็นอยู่ (該当するものを○で囲ってください)

緑内障 Glaucoma	前立腺肥大 Prostatic hypertrophy	高脂血症 Hyperlipemia	肺疾患 Lung disease	喘息 Asthma	腎臓病 Kidney disease
脳卒中 Stroke	甲状腺疾患 Thyroid disease	高血圧 High blood pressure	肝臓病 Liver disease	糖尿病 Diabetes	その他 _____

8. お腹の手術(虫垂炎/帝王切開など)を受けたことはありますか？ เคยผ่าตัดในช่องท้องหรือไม่

- ない ある (_____)

9. 入れ歯/差し歯/インプラントはありますか？ ท่านมีฟันปลอมหรือไม่

- ない ある 外せる 外せない 外せる 外せない

コンタクトレンズは使用していますか？ ท่านใส่คอนแทกเลนส์หรือไม่

- はい いいえ ※検査中は外して頂きますのでケースをご持参下さい

10. 検査中にポリープや細胞採取の必要性を医師が判断した場合、実施して良いですか？ กรณีมีสิ่งเนื้อหรือพบสิ่งผิดปกติท่านต้องการให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยได้หรือไม่

- はい いいえ (「はい」と答えた方 (該当するものを○で囲ってください))
- ※(民間医療保険をお持ちの方)費用は一旦、当日自己負担下さい。保険適用可否をご自身で保険会社にご確認後、後日費用の還付手続きを行なってください。

11. 選択した麻酔の方法で検査を実施中に、苦痛を伴ったり、身体が激しく動いたり、眠れなかつたりで検査の継続が難しい場合、医師の判断で麻酔法の変更・麻酔の追加を行っても良いですか？ ระหว่างที่ตรวจความวิตที่ท่านเลือกอยู่ ถ้ามีอาการแน่น อึดอัด ดิ้น ไม่นอน ทำให้การตรวจยากขึ้น

- はい いいえ (「はい」と答えた方 (該当するものを○で囲ってください))
- อนุญาตให้คุณหมอพิจารณาเพิ่มยา หรือเปลี่ยนวิธีการตรวจได้หรือไม่
- ※(民間医療保険をお持ちの方)費用は一旦、当日自己負担下さい。保険適用可否をご自身で保険会社にご確認後、後日費用の還付手続きを行なってください。

スタッフ記入欄 <最後の食事時間 ทานอาหารมื้อสุดท้ายที่ > (/ / :) <最後の飲水時間 ดื่มน้ำครั้งสุดท้ายที่ > (/ / :)
 <大腸内視鏡 ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ > 便の回数 จำนวนครั้งที่ () 回 便は全て出たか อุจจาระออกมาหมดไหม (はい / いいえ)

患者様署名 _____ 病院関係者署名 _____