

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。未提出の場合は検査実施ができないことがあります。



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			検査予定日 Visit Day	年 Year	月 Month	日 Day

《女性の方へ》 ผู้หญิงสำหรับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์, ให้นมบุตร อาจจะตรวจไม่ได้ กรุณาแจ้งด้วย

- 現在妊娠している可能性はありますか？ ขณะนี้มีโอกาสตั้งครรภ์หรือไม่ ない ไม่มี 有 มี
- 現在授乳していますか？ ขณะนี้กำลังให้นมบุตร いいえ ไม่ はい ใช่

◎妊娠の可能性ある方や、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）

ท่านประสงค์ที่จะตรวจส่องกล้องแบบใด ระหว่างใช้ยานอนหลับ หรือ พ่นยาชาที่คอ

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

*鎮静剤を使う場合は、お迎えの方がが必要です。

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

2. 心臓の病気はありますか？ เป็นโรคหัวใจหรือไม่

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ない
ไม่ | <input type="checkbox"/> ある
เป็น | <input checked="" type="checkbox"/> 「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
_____ |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|

3. 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 ไม่ทาน はい ทานอยู่ **※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。**

✓ 「はい」と答えた方(該当するものを○で囲ってください)

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 他_____

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

- ない ไม่มี ある มี → 外せる สามารถถอดได้ 外せない ไม่สามารถถอดได้

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

- いいえ ไม่ใส่ はい ใส่ → **※検査中は外して頂きますのでケースをご持参下さい**

6. 検査中に下記の検査や施術の必要性を医師が判断した場合、実施しても良いですか？ ระหว่างตรวจท่านต้องการให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยอะไรบ้าง

1. ポリープ切除 Polyp	<input type="checkbox"/> はい※2ทำได้	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)
2. 細胞診 Biopsy	<input type="checkbox"/> はい※2ทำได้	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)
3. ピロリ菌検査 H. Pylori Screening	<input type="checkbox"/> はい※2ทำได้	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)
4. 麻酔の追加※1 เพิ่มยานอนหลับ	<input type="checkbox"/> はい※2ทำได้	<input type="checkbox"/> いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)

※1 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、眠れなかっ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・麻酔の追加を検討することがあります。

※2 追加費用が発生します。(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確認後、後日費用の還付手続きを行なってください。

職員記入欄 สำหรับเจ้าหน้าที่

<最後の食事時間 ทานอาหารมื้อสุดท้ายที่ไม> (/ / :) <最後の飲水時間 ดื่มน้ำครั้งสุดท้ายที่ไม> (/ / :)

大腸内視鏡 ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ <便の回数 ถ่ายอุจจาระกี่ครั้ง> () 回 <便は全て出たか อุจจาระออกจนหมดไม> (はい หมด / いいえ ไมหมด)

<下剤を渡した日 วันที่ให้ยาระบาย> (/ / :) <渡したスタッフ ผู้ให้ยาระบาย> _____

<下剤を飲み終わった時間 ทานยาระบายหมดเวลา> (/ / :)

<便の状態 ลักษณะอุจจาระ> (Very Poor / Poor / Fair / Good)

ご本人署名 _____

病院関係者署名 _____