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。
保険適用可否につきましては御自身で保険会社に確認・手続きを行なってください。

サミティヴェート SAMITIVEJ スクムビット SUKHUMVIT

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	名前 First name	名字 Last name	電話番号 Tel	
診察券番号 HN:			生年月日 Date of Birth	年 Year 月 Month 日 Day
保険会社名 Insurance			検査予定日 Visit Day	年 Year 月 Month 日 Day

《女性の方へ》 สำหรับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์, ให้นมบุตร อาจจะตรวจไม่ได้ กรุณาแจ้งด้วย

- **現在妊娠している可能性はありますか？** ขณะนี้มีโอกาสตั้งครรภ์หรือไม่ ☐**ない** ไม่มี ☐**ある** มี
- **現在授乳していますか？** ขณะนี้กำลังให้นมบุตรหรือไม่ ☐**いいえ** ไม่ ☐**はい** ให้อยู่

◎妊娠の可能性がある方や、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) ☐ 経鼻・スプレー麻酔 (Nasal)

*鎮静剤を使う場合は、お迎えの方が必要な場合があります。
お迎え可能な方（運転手可）のお名前と電話番号をご記入下さい。(ชื่อและเบอร์มือถือของคนที่จะมารับ) [Name: / Mobile:]

2. 心臓の病気はありますか？ เป็นโรคหัวใจหรือไม่

☐ ない ไม่ ☐ ある เป็น

✓ 「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 ไม่ ☐ 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. 睡眠薬を内服していますか？ ท่านรับประทานยานอนหลับอยู่หรือไม่

☐ いいえ ไม่ ☐ はい ทานอยู่ **※睡眠薬を内服している方は鎮静剤が効きにくいことがあります。必ずお申し出ください。**

5. 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

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

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

7. 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？ ระหว่างตรวจท่านต้องการให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยอะไรได้บ้าง

1. ポリープ切除 Polyp	☐ はい※2 ทำได้	☐ いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)
2. 細胞診 Biopsy	☐ はい※2 ทำได้	☐ いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)
3. ピロリ菌検査 H. Pylori Screening	☐ はい※2 ทำได้	☐ いいえ ไม่ต้องการ (ไม่ทำอะไรเลย)
4. 麻酔の追加 ※1 เพิ่มยานอนหลับ	☐ はい※2 ทำได้	☐ 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 ทานอาหารมื้อสุดท้ายกี่โมง (/ / :)
- 最後の飲水時間 ดื่มเครื่องดื่มครั้งสุดท้ายกี่โมง (/ / :)

大腸内視鏡 ส่องกล้องลำไส้ใหญ่

- 以前に大腸カメラをしたことはありますか？ เคยส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือไม่
  ☐ ない ไม่เคย ☐ ある เคย (いつ เมื่อไหร่ : どこで ที่ไหน :)
- 下剤をすべて飲み終わった時間 เวลาที่ทานยาระบายหมด (/ / :)
- 便の回数 ถ่ายอุจจาระกี่ครั้ง ( ) 回 ครั้ง
- 便はすべて出たか อุจจาระออกมาหมดไหม ☐ はい หมด ☐ いいえ ไม่หมด
- 便の状態 ลักษณะอุจจาระ (Very Poor / Poor / Fair / Good)

ご本人署 _____ 病院関係者署名 _____