

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Medical Questionnaire for Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)/造影MRI検査 問診票

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------|---------|-------|---------------|-------------|---------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Patient Name /患者氏名 | | | | | | | | |
| Date of Birth /生年月日 | Year/年 | Month/月 | Day/日 | Age/年齢 | Years old/歳 | Sex/性別 | <input type="checkbox"/> Male/男 | <input type="checkbox"/> Female/女 |

Prior to performing a contrast-enhanced MRI scan, we would like to evaluate your physical condition.

/造影MRI 検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します

Please answer the questions below to the best of your knowledge.

/わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

* Please note that a contrast medium may not be used based on the decision of the radiologist

放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

Please check the boxes that apply to you./あてはまるものにチェックしてください。

1. Have you ever had examination using contrast media (IV injection or drip)?

/今まで、造影剤（注射／点滴）を用いた検査を受けたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

If yes, check the box(es) indicating the examination(s) you had. (Multiple answers are possible.)

/「はい」に☑された方は、下記に受けたことのある検査に☑してください。(複数可)

CT scan/CT検査

MRI scan/MRI 検査

Urography/尿路造影

Cholangiography/胆道造影

Angiography/血管造影

Cholecystography/胆嚢造影

2. Did you have any adverse reactions after the examination?/その時、副作用はありましたか。

No/いいえ

Yes/はい

If yes, check the box(es) indicating the symptom(s) you had. (Multiple answers are possible.)

/「はい」に☑された方は、下記に出たことのある副作用に☑してください。(複数可)

Rash/発疹

Itchiness/かゆみ

Nausea/吐き気

Vomiting/嘔吐

Headache/頭痛

Others /その他()

3. Have you ever been diagnosed with asthma?/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事ありますか。

No/いいえ

Yes/はい

4. Do you have any allergies or allergic diseases?/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

No/いいえ

Yes/はい

If yes, check the box(es) that apply to you.

/「はい」に☑された方は、下記に当てはまるものに☑してください。

Hives/じんましん

Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

Drug allergy/薬のアレルギー (Name of medication(s)/薬剤名)

Food allergy/食物のアレルギー (Name of food(s)/食物名)

Others/その他()

5. Have you ever been diagnosed with any of the following diseases?/以下の病気と言われたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

If yes, check the box(es) that apply to you.

/「はい」に☑された方は、下記に当てはまるものに☑してください。

Severe liver disease/重い肝臓の病気

Severe renal disease/重い腎臓の病気

患者氏名：
患者ID：

6. Have you ever had any of the following surgeries or treatment?/下表の手術や処置を受けたことがありますか。

| No /なし | Yes /あり | Contents/内容 |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cerebral artery clip placed over 20 years ago/20年以上前の脳動脈クリップ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implanted medical devices (ICD, cochlear implant, nerve stimulator, other) /体内埋め込み装置 (ICD・人工内耳・神経刺激装置・その他) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Movable artificial eye/可動型義眼 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Breast expander/乳房エキスパンダー |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hair growth spray, color contact lenses (Do not use them on the day of examination) /増毛スプレー・カラーコンタクト(当日は使用しないでください) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mascara・cosmetic products containing glitter particles (Do not use them on the day of examination) /マスカラ・ラメ入り化粧品(当日は使用しないでください) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implanted metal in the body/体内金属がある (When?/時期 Site/部位) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (Currently pregnant/現在妊娠: Weeks of pregnancy/週) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Site/部位:) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Engaging in metal processing work/金属加工の仕事に従事している |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Claustrophobia/閉所恐怖症である |

7. Write your current weight. It is necessary to determine the dose of the contrast medium.

/造影剤の使用量を決定するために、現在の体重をご記入下さい。

(/kg)

You cannot bring the following items into the examination room. /次のものは検査室内に持ち込めません。

Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)

/金属アクセサリー (ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など)

Glasses, contact lenses, medical corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Magnetic cards, IC cards (commuter passes, magnetic bank cards, etc.)

/磁気カード・ICカード (乗り物の定期券・銀行カードなど)

Other metal objects (keys, hearing aids, pedometers, watches, cellular phones, etc.)

/その他の金属製品 (鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など)

Thermal clothing, disposable body warmers, magnetic plasters, wet compresses, NITRODERM, non-smoking patches

/ヒートテック、カイロ、エレキバン・湿布、ニトロダーム、禁煙補助シール