

患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

## Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査 問診票

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

Prior to performing a contrast-enhanced CT scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions:

/造影剤を用いる検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。以下の質問に答えてください。

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

### 1. Have you ever had an 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

CT scan/C T 検査

Urography/尿路造影

Cholangiography/胆道造影

Angiography/血管造影

MRI scan/MR I 検査

Please specify other contrast-enhanced examinations/その他の造影検査 :

### 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

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 felt unwell after taking medication or having an injection?

/飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

Name of medication(s)/薬品名 :

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

No/いいえ

Yes/はい

### 5. 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

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( )

### 6. Have you ever been told that your kidney function is impaired (kidney failure, etc.)?

/腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことはありますか。

No/いいえ

Yes/はい

患者氏名：  
患者ID：

English/英語

**7. Have you ever been diagnosed with hyperthyroidism (Graves' disease, etc.), myeloma, macroglobulinemia, tetany, or pheochromocytoma ?**

/甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断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) 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。

Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症（バセドウ病）

Myeloma/骨髄腫

Macroglobulinemia/マクログロブリン血症

Tetany/テタニー

Pheochromocytoma/褐色細胞腫

Severe heart disease/重い心臓の病気

Severe liver disease/重い肝臓の病気

**8. Are you taking diabetic medications?/糖尿病の薬を飲んでいますか。**

\* If you are taking biguanide anti-diabetic medications, you will need to stop taking the medication for a specific length of time.

/ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、一定期間休薬が必要です。

No/いいえ

Yes/はい

Name of medication(s)/薬品名：

**9. What is your weight?/体重をお書きください。**

(                      kg)

**10. Are you currently pregnant or possibly pregnant?/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。**

No/いいえ

Do not know/わからない

Yes/はい

Weeks of pregnancy/週数：

\* Please note contrast media may not be used. The use of contrast media is up to the doctor or radiologist in charge of the CT scan.

/検査担当医・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。