

患者氏名：
患者ID：

English/英語

Medical Questionnaire for MRI Scan/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 an MRI scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.
/MRI 検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。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。

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

| 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 |

2. Have you ever been diagnosed with asthma?/ぜんそくはありますか。

- No/いいえ
 Previously/以前あった
 Yes/はい (Currently under treatment/現在治療中)

3. Have you ever experienced any adverse reactions to medications?

/今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい (Name of medicine(s)/薬剤名)

4. Have you ever had an MRI scan before?/今までにMRI 検査を受けたことがありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

When did you have it?/いつ頃受けられましたか。
Year/年 Month/月 Day/日

5. Write your current weight. It is necessary to determine the scanning conditions (e.g. the length of inspection).

/体重により撮影条件 (時間など) が変わりますので現在の体重を記入して下さい。

Weight/体重: /kg

患者氏名：
患者ID：

English/英語

6. If you are taking a pelvic MRI scan for gynecologic examination, answer the following questions.

/婦人科領域の骨盤MR I 検査を受けられる方のみ該当する欄についてお答え下さい。

The organs images will vary depending on your menstrual cycle./月経周期により画像の見え方が異なります。

1) Last period/最終月経

Year/年 Month/月 Day/日 to Year/年 Month/月 Day/日

2) Menstrual cycle/月経周期

Regular/順調 Irregular/不順

3) Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。

Almost none/あまりない Mild/軽度 Severe/強い

4) Age of menopause/閉経した年齢は？

age/年齢: years old/歳

5) Have you ever had hormone therapy? /ホルモン療法を受けたことがありますか。

No/いいえ

Yes/はい

If yes, specify the reason for treatment./「はい」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。

Dysmenorrhea/月経困難

Infertility/不妊

Others/その他()

Other precautions/その他

- If you have an implanted cardiac pacemaker, ICD or other implantable medical devices, check with your doctors beforehand whether you are able to take an MRI scan.

/ペースメーカーやICD、その他体内埋め込み型の医療機器がある場合には、MRI 検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

- 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 (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, 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

- If you have any questions, please ask the technician in charge.

/上記で何かご質問等があれば、検査担当技師におたずね下さい。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.