

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