

患者氏名：

患者 ID：

## Medical Questionnaire for Computerized Tomography (CT) Scan or Urography with Contrast Medium/ 造影剤を用いるCT検査または尿路造影 問診票

<b>Patient name/ 患者氏名</b>	<b>Date/ 日付</b>	year	month	day
		/ 年	/ 月	/ 日
<b>Date of birth/ 生年月日</b>	year/ 年	month/ 月	day/ 日	<b>Sex/ 性別</b>
				<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Hospital ID No./ 患者 ID</b>				<b>Age/ 年齢</b>
				years old/ 歳

Before performing a CT scan or urography with a contrast medium, we would like to confirm your physical condition. Please answer the questions below to the best of your knowledge.

/ 造影剤を用いる CT 検査または尿路造影を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

Please check the appropriate boxes./ 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 with a contrast medium (injected and/or orally administered)?

/ 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？

- Yes/ あり→       CT scan/ CT検査       Urography/ 尿路造影       Cholangiography/ 胆道造影
- No/ なし       Angiography/ 血管造影       Magnetic resonance imaging (MRI)/ MRI 検査

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

- Yes/ あり→       Rash/ 発疹       Itchiness/ かゆみ       Nausea/ 吐き気
- No/ なし       Vomiting/ 嘔吐       Headache/ 頭痛       Other/ その他 (            )

### 3. Have you ever felt sick because of drugs taken orally or injected?/ 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

- Yes/ あり→      Please specify/ 具体的にお書き下さい:
- No/ なし

### 4. Have you ever been diagnosed with asthma?/ 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- Yes/あり→      Please specify/ 具体的にお書き下さい:
- No/なし

### 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？

- Yes/ あり→       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
- No/ なし       Allergy to drugs/ 薬のアレルギー (Drug name/ 薬剤名            )
- No/ なし       Food allergy / 食物のアレルギー (Food / 食物名            )
- No/ なし       Other/ その他 (            )

### 6. Have you ever been told that your kidney function is insufficient (e.g. renal failure)?

/ 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？

- Yes/ あり→      Please specify/ 具体的にお書き下さい:
- No/ なし

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

**7. Have you ever been diagnosed with any of the following diseases: Hyperthyroidism (Basedow disease/Graves disease), myeloma, macroglobulinemia, tetanus, pheochromocytoma?**

/ 甲状腺機能亢進症（バセドウ病）、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？

 Yes/ あり→ Please specify/ 具体的にお書き下さい: No/ なし**8. Are you taking any drugs for diabetes?/ 糖尿病の薬を飲んでいますか？**

\*Biguanides (anti-diabetic drugs) should be withdrawn for a certain 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。

 Yes/ あり→ Drug name/ 薬剤名: No/ なし**9. Please provide your weight./ 体重をお書きください。**

(            kg)

**10. Are you, or might you be, pregnant?/ 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？** Yes/ あり No/ なし I do not know/ わからない

\*Please note that a contrast medium may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and/or the radiologist.

/ 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。