

患者氏名：

患者 ID：

Cuestionario médico para el examen de tomografía computarizada (TC) o para la urografía de excreción con medio de contraste/ 造影剤を用いるCT検査または尿路

造影 問診票

Nombre y apellido del paciente/ 患者氏名	Fecha/ 日付	año/ 年	mes/ 月	día/ 日
Fecha de nacimiento/ 生年月日	año/ 年	mes/ 月	día/ 日	Sexo/ 性別
Nº ID del hospital del paciente/ 患者 ID	Edad/ 年齢	años/ 歳		
		<input type="checkbox"/> Masculino/ 男	<input type="checkbox"/> Femenino/ 女	

Antes de realizarle un examen de TC o una urografía de excreción con medio de contraste, nos gustaría saber acerca de su estado físico. Por favor conteste a las siguientes preguntas de la mejor manera que pueda.

/ 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。

Marque por favor las casillas apropiadas/ あてはまるものにチェックしてください。

1. ¿Le han realizado alguna vez un examen con un medio de contraste (inyectado o administrado por goteo intravenoso)?

/ 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？

- Sí/ あり→
- TC/ CT検査 Urografía/ 尿路造影 Colangiografía/ 胆道造影
 Angiografía/ 血管造影 Imagen por resonancia magnética (IRM)/ MRI 検査
- No/ なし

2. ¿Tuvo alguna reacción adversa?/ その時、副作用はありましたか？

- Sí/ あり→
- Sarpullido/ 発疹 Picor/ かゆみ Náusea/ 吐き気
 Vómito/ 嘔吐 Dolor de cabeza/ 頭痛 Otra/ その他（ ）
- No/ なし

3. ¿Alguna vez se ha sentido mal después de tomar un medicamento por vía oral o por inyección?/

飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

- Sí/ あり→ Por favor, especifique/ 具体的にお書き下さい：
- No/ なし

4. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma?/今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- Sí/あり→ Por favor, especifique/ 具体的にお書き下さい：
- No/なし

5. ¿Tiene alguna alergia o enfermedad alérgica?/ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- Sí/ あり→
- Urticaria/ じんましん Dermatitis atópica/ アトピー性皮膚炎 Rinitis alérgica/ アレルギー性鼻炎
 Alergia a medicamentos/ 薬のアレルギー (Medicamento/ 薬剤名)
 Alergia a alimentos/ 食物のアレルギー (Alimento/ 食物名)
 Otra/ その他（ ）
- No/ なし

6. ¿Alguna vez le han dicho que tiene insuficiencia renal?/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？

- Sí/ あり→ Por favor, especifique/ 具体的にお書き下さい：
- No/ なし

* Continúa en la página siguiente / ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

7. ¿En algún momento le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades: hipertiroidismo (enfermedad de Graves-Basedow), mieloma, macroglobulinemia, tetania, feocromocitoma?

/ 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？

 Sí/ あり → Por favor, especifique/ 具体的にお書き下さい: No/ なし**8. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes?/ 糖尿病の薬を飲んでいますか？**

*Las biguanidas (antidiabéticos orales) deben dejar de tomarse durante un periodo de tiempo.

/ 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。

 Sí/ あり → Nombre del medicamento/ 薬剤名: No/ なし**9. Por favor, escriba su peso./ 体重をお書きください。**

(kg)

10. ¿Está o puede estar usted embarazada?/ 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ Sí/ あり No/ なし No lo sé/ わからない

*Tenga en cuenta que es posible que no se utilice un medio de contraste por decisión del médico encargado de su examen y/o del radiólogo.

/ 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。