

患者氏名 :

患者 ID :

**Cuestionario médico para la exploración de imagen por resonancia magnética (IRM)****/ MRI検査 問診票**

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

Antes de realizarle un examen de IRM, nos gustaría saber acerca de su estado físico. Por favor conteste a las siguientes preguntas de la mejor manera que pueda.

/ 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。

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. ¿Tiene implantado actualmente algún aparato médico (ej. un marcapasos [incluyendo un desfibrilador automático implantable] o un implante coclear)?**

/ 現在、体内に植え込みの医療機器（ペースメーカー [植え込み型除細動器を含む]、人工内耳など）はありますか？

Sí/ ある → Si su respuesta es “Sí”, es posible que no pueda hacer un examen de IRM.  
/ 「ある」と答えた方は検査を受けることができない可能性があります。

No/ ない

**2. ¿Alguna vez le han operado para implantarle alguna pieza de metal (ej., una articulación artificial, una placa metálica, una grapa de aneurisma, una cánula “stent”, un resorte metálico, un implante o una lente metálica)? (Dependiendo del material, tal vez no se le pueda realizar una exploración de IRM.)**

/ 体内に金属（人工関節、プレート、動脈瘤クリップ、ステント、金属コイル、インプラント、金属レンズなど）を入れるような手術を受けたことはありますか（材質により検査を受けることが出来ない場合があります）？

Sí/ ある  No/ ない

**3. ¿Tiene dientes postizos?/取り外しのできる歯はありますか？**

Sí/ ある → En tal caso, quíteselos antes del examen de IRM./ ある場合は、検査前に外してください。

No/ ない

**4. ¿Está o podría estar usted embarazada?/ 現在、妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？**

Sí/ ある → No se conocen todavía los riesgos ni la seguridad asociados a la IRM para el feto.  
/ 胎児への危険性や安全性は確立されていません

No/ ない

**5. Cuando usted se encuentra en un espacio estrecho, ¿se siente mal o siente un sudor frío?/ 狭いところに入ると気分が悪くなったり冷や汗がでたりすることはありますか？**

Sí/ ある → Si su respuesta es “Sí”, tal vez no se le pueda realizar el examen de IRM.  
/ 「ある」と答えた方、検査を受けることが出来ない場合があります。

No/ ない

**6. ¿Tiene tatuajes o tatuajes cosméticos? (Podrían causar quemaduras o cambio de color.)**

/ 刺青、またはアートメイクはありますか？（やけどや変色の恐れがあります）

Sí/ ある  No/ ない

**7. ¿Usa parches médicos (ej., de nitroglicerina, magnéticos, de nicotina)?**

/ 体に貼り薬（ニトロパッチ、エレキパン、ニコチンパッチなど）はありますか？

Sí/ ある → Si su respuesta es “Sí”, tal vez no pueda realizarse el examen de IRM con el parche puesto.  
/ 「ある」と答えた方、貼ったままでは検査を受けることが出来ない場合があります。

No/ ない

**8. ¿Usa audífono o lentes de contacto?/ 取り外せる補聴器、コンタクトレンズはありますか？**

Sí/ ある → En tal caso, quíteselos antes del examen de IRM./ ある場合は、検査前に外してください。

No/ ない

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

患者氏名：

患者 ID：

**9. ¿Tiene asma?/ ぜんそくはありますか？**
 Sí/ (actualmente estoy en tratamiento)/ はい (現在治療中)     No/ いいえ     Lo he tenido/ 以前あった
**10. ¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a algún medicamento?/ 今までに薬で副作用がでたことはありますか？**
 Sí/ はい → Nombre del medicamento/ 薬剤名: \_\_\_\_\_

 No/ いいえ
**11. ¿Le han operado alguna vez?/ 手術を受けたことがありますか？**

¿En qué parte del cuerpo le operaron?/ 手術部位はどこですか:

 Sí/ はい →     Cabeza/ 頭     Cuello/ 首     Corazón/ 心臓  
 Abdomen/ 腹     Espalda/ 腰     Otra/ その他(            )

 No/ いいえ
**12. ¿Alguna vez le han realizado un examen de IRM?/ MRI 検査を受けたことがありますか？**
 Sí/ はい → Si su respuesta es “Sí”, ¿cuándo fue aproximadamente? / いつ頃受けられましたか？

año/ 年                      mes/ 月                      día/ 日

 No/ いいえ
**13. Por favor escriba su peso actual, porque la duración del examen varía en dependencia de su peso./ 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。**

Peso/ 体重: \_\_\_\_\_ kg

***Si le van a realizar un examen de IRM pélvica de sus órganos reproductivos femeninos, por favor conteste a las siguientes preguntas que sean relevantes en su caso.***

/ 婦人科領域の骨盤MRI 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。

\* Dependiendo de la fase del ciclo menstrual, los órganos presentan un aspecto diferente en las imágenes.

/ 月経周期により画像の見え方が異なります。

**14. Su última regla/ 最終月経**

año/ 年                      mes/ 月                      día                      / 日    al/~ año/ 年                      mes/ 月                      día/ 日

**15. Su ciclo menstrual/ 月経周期**
 Regular/ 順調                       Irregular/ 不順
**16. ¿Tiene dismenorrea (menstruación dolorosa)?/ 月経困難はありますか？**
 Severa/ 強い                       Moderada/ 軽度                       Apenas/ あまりない
**17. ¿Cuándo tuvo la menopausia?/ 閉経した年齢は？**

Edad aproximada/ 年齢: \_\_\_\_\_ años/ 歳

**18. ¿Alguna vez le han administrado terapia hormonal?/ ホルモン療法を受けたことがありますか？**
 Sí/ ある →                      [  Dismenorrea/ 月経困難                       Infertilidad/ 不妊                       Otro/ その他(                      ) ]

 No/ ない
**Otras precauciones/ その他**

● **Si tiene un marcapasos implantado (incluyendo un desfibrilador automático implantable), consultar de antemano con su médico de cabecera para verificar si es posible realizar el examen de IRM.**

/ ペースメーカー (植え込み型除細動器を含む) を植え込まれている場合には、MRI 検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

● **Si usa peluca, por favor quítesela en la sala de exploración.**

/ かつら・ウィッグなどある方は検査室内で外して下さい。

● **Si tiene alguna pregunta, por favor hágasela al técnico encargado del examen de IRM.**

/ 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。