

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário médico para exame de imagens por ressonância magnética**(IRM) com contraste/ 造影MRI検査 問診票**

Nome do paciente/ 患者氏名		Data/ 日付	ano /年	mês /月	dia /日
Data de nascimento/ 生年月日	ano/年	mês/月	dia/日	Sexo/性別	<input type="checkbox"/> Masculino/男 <input type="checkbox"/> Feminino/女
Nº de ID do paciente no hospital/ 患者 ID		Idade/年齢	anos/歳		

Antes de realizar um exame de IRM com contraste, gostaríamos de confirmar sua condição física. Responda as perguntas abaixo de acordo com seus melhores conhecimentos./ 造影 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。

*Observe que um meio de contraste pode não ser usado com base no parecer do radiologista.

/ 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。

Selecione as caixas apropriadas./ あてはまるものにチェックしてください。

1. Você já fez exames que usassem um meio de contraste (injetado e/ou por infusão de gotejamento)?

/ 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？

- Sim/ あり→
- Exames de TC/ CT検査 Exames de IRM/ MRI検査 Urografia/ 尿路造影
- Colangiografia/ 胆道造影 Angiografia/ 血管造影 Colecistografia/ 胆嚢造影
- Não/ なし

2. Você apresentou alguma reação adversa?/ その時、副作用はありましたか？

- Sim/ あり→
- Erupção/ 発疹 Coceira/ かゆみ Náusea/ 吐き気
- Vômito/ 嘔吐 Dor de cabeça/ 頭痛 Outras/ その他 ()
- Não/ なし

3. Você já foi diagnosticado com asma?/ 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- Sim/ あり
- Não/ なし

4. Você tem alguma alergia ou doença alérgica?/ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- Sim/ あり→
- Urticária/ じんましん Dermatite atópica/ アトピー性皮膚炎 Rinite alérgica/ アレルギー性鼻炎
- Alergia a medicamentos/ 薬のアレルギー： ()
- Alergia alimentar/ 食物のアレルギー： ()
- Não/ なし

5. Você já foi diagnosticado com qualquer das seguintes doenças?/ 以下の病気といわれたことがありますか？

- Sim/ あり→
- Doença cardíaca grave/ 重い心臓の病気 Doença hepática grave/ 重い肝臓の病気
- Doença da glândula tireoide grave/ 重い甲状腺の病気 Macroglobulinemia/ マクログロブリン血症
- Mieloma múltiplo/ 多発性骨髄腫 Tetania/ テタニー
- Feocromocitoma/ 褐色細胞腫
- Não/ なし

*Preencha também o verso onde for necessário./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

6. Você já foi informado de que a função de seus rins seja insuficiente (por ex., insuficiência renal)?

/ 腎臓の働きが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか?

 Sim/ あり Não/ なし**7. Você tem algum dispositivo metálico implantado, como um marca-passo?/ ペースメーカーなどの金属を体内に埋め込んでいますか?** Sim/ あり→

Tipo de metal/ 金属名: _____

 Não/ なし**8. Você está tomando medicamentos para diabetes?/ 糖尿病の薬を飲んでいますか?** Sim/ あり→

Nome do medicamento/ 薬剤名: _____

 Não/ なし**9. Você está, ou acha que pode estar, grávida?/ 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか?** Sim/ あり Não/ なし Não sei/ わからない**10. Você está usando lentes de contato?/ コンタクトレンズを装着していますか?** Sim/ あり Não/ なし**11. Informe seu peso. Esta informação é necessária para determinar a quantidade do meio de contraste a ser usado.**

/ 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)