患者氏名：
患者ID：

한국어/韓国語

조영 MRI검사 문진표/造影MRI検査　問診票

환자성함 /患者氏名								
생년월일 /生年月日	년/年　월/月　일/日	연령/年齢	세/歳	성별/性別	□남/男　□여/女

조영 MRI 검사를 위해 귀하의 몸 상태를 확인하고자 합니다. 알고 있는 범위 내에서 이하의 질문에 답해 주십시오.
/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。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。
*방사선과의사의 판단에 따라 조영제를 사용하지 않을 경우도 있으므로 양해바랍니다.
/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。

해당되는 사항에 체크해 주십시오./あてはまるものにチェックしてください。

1. 지금까지 조영제(주사/링거)를 이용한 검사를 받은 적이 있습니까?
/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。

□아니오/いいえ
□예/はい
「예」에 ☑하신 분은 다음 항목 중 받은 적이 있는 검사에 ☑해 주십시오. (복수선택 가능)
/「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 검사//CT検査　□MRI 검사/MRI 検査　□요도 조영검사/尿路造影
□담도 조영검사/胆道造影　□혈관 조영검사/血管造影　□담낭 조영검사/胆嚢造影

2. 검사 당시 부작용이 있었습니까?/その時、副作用はありましたか。

□아니오/いいえ
□예/はい
「예」에 ☑하신 분은 다음 항목 중 나타난 부작용에 ☑해 주십시오. (복수선택 가능)
/「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)
□발진/発疹　□가려움/かゆみ
□구역질/吐き気　□구토/嘔吐
□두통/頭痛　□기타/その他 (　　)

3. 천식을 진단 받은 적이 있습니까?/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事ありますか。

□아니오/いいえ
□예/はい

4. 알레르기 체질이거나 알레르기성 질환을 앓고 계십니까?
/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

□아니오/いいえ
□예/はい
「예」에 ☑하신 분은 다음 항목 중 해당되는 사항에 ☑해 주십시오.
/「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。
□두드러기/じんましん
□아토피성 피부염/アトピー性皮膚炎
□알레르기성 비염/アレルギー性鼻炎
□약물 알레르기/薬のアレルギー(약제명/薬剤名　　)
□음식물 알레르기/食物のアレルギー（식품명/食物名　　)
□기타/その他(　　)

5. 다음의 질환을 진단받은 적이 있습니까?/以下の病気といわれたことがありますか。

□아니오/いいえ
□예/はい
「예」에 ☑하신 분은 다음 항목 중 해당되는 사항에 ☑해 주십시오.
/「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。
□중증의 간장 질환/重い肝臓の病気
□중증의 신장 질환/重い腎臓の病気

患者氏名：
患者ID：

한국어/韓国語

6. 다음의 수술이나 처치를 받은 적이 있습니까?/下表の手術や処置を受けたことがありますか。

없음 /なし	있음 /あり	내용/内容
□	□	심장 페이스 메이커/心臓ペースメーカー
□	□	20 년 이상 된 뇌동맥 클립/20 年以上前の脳動脈クリップ
□	□	체내 삽입형 장치(ICD·인공내이·신경자극장치·기타) /体内埋め込み装置(ICD·人工内耳·神経刺激装置·その他)
□	□	가동성 의안/可動型義眼
□	□	유방 익스팬더(조직확장기)/乳房エキスパンダー
□	□	증모 스프레이·칼라 콘택트렌즈 (검사 당일에는 사용하지 말아 주십시오) /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)
□	□	마스카라·펄이 들어간 화장품 (검사 당일에는 사용하지 말아 주십시오) /マスカラ·ラメ入り化粧品(当日は使用しないでください)
□	□	체내 금속이 있다/体内金属がある (시기/時期　　부위/部位　　)
□	□	현재 임신 중이거나 임신의 가능성이 있다/妊娠またはその可能性がある (현재 임신/現在妊娠　　주/週)
□	□	문신·아트 메이크(반영구 화장)/刺青·アートメイクがある (부위/部位:　　)
□	□	치아 교정 중·자석 의치 사용 중/歯を矯正中·マグネット義歯を使用中
□	□	가발 사용 중/かつら·ウイッグを使用している
□	□	금속 가공업에 종사 중/金属加工の仕事に従事している
□	□	폐소 공포증/閉所恐怖症である

7. 조영제 사용량을 결정하기 위해 현재의 체중을 기입해 주십시오.
/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)

다음 물품들은 검사실 안으로 반입할 수 없습니다./次のものは検査室内に持ち込めません。

금속 액세서리(목걸이·귀걸이·헤어핀·머리띠·반지 등)
/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）
안경·콘택트렌즈, 코르셋, 의치
/眼鏡·コンタクトレンズ、コルセット、義歯
자기 카드·IC 카드(교통 카드 정기권·은행 카드 등)
/磁気カード·ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）
그 외의 금속 제품(열쇠, 보청기, 만보계, 손목시계, 휴대전화 등)
/その他の金属製品（鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など）
히트텍, 손난로, 에레키반(자석 파스)·습포(파스), 니트로다무(붙이는 협심증 치료제), 금연 보조제 스티커
/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

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。
본 자료는 의사 및 법률 전문가들의 감수를 받아 작성하였으나 일본과 외국의 언어 및 제도 차이로 인해 해석 차이가 발생하였을 경우 일본어가 우선적으로 적용됩니다.