

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

Formulário de Exame de TC Contrastada/造影CT検査 問診票

Nome do(a) paciente /患者氏名								
Data de nascimento /生年月日	Ano/年	Mês/月	Dia/日	Idade/年齢	anos/歳	Sexo/性別	<input type="checkbox"/> M/男	<input type="checkbox"/> F/女

Como realizaremos o exame utilizando o meio de contraste, vamos confirmar o estado do seu organismo. Favor responder as perguntas abaixo.
/造影剤を用いる検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。以下の質問に答えてください。

Favor assinalar os itens que correspondem a você./あてはまるものにチェックしてください。

1. Já realizou alguma vez, exames que utilizem o meio de contraste (injetável/por gotejamento de soro)?

/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。

Não/いいえ

Sim/はい

Exame de TC/C T 検査

Urografia/尿路造影

Colangiografia/胆道造影

Angiografia/血管造影

Exame de IRM /MRI 検査

Outros exames contrastados/その他の造影検査：

2. Teve efeitos colaterais na ocasião?/その時、副作用はありましたか。

Não/いいえ

Sim/はい

Urticária/発疹

Coceira/かゆみ

Náusea/吐き気

Vômito/嘔吐

Dor de cabeça/頭痛

Outros/その他()

3. Já passou mal após tomar algum medicamento oral ou injetável?

/飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

Não/いいえ

Sim/はい

Nome da medicação/薬品名：

4. Já foi diagnosticado alguma vez, como tendo asma?/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

Não/いいえ

Sim/はい

5. Tem constituição alérgica ou tem alguma doença alérgica?

/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

Não/いいえ

Sim/はい

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 (Nome da medicação/薬剤名)

Alergia a alimentos/食物のアレルギー (Nome do alimento/食物名)

Outros/その他()

6. Já foi diagnosticado alguma vez com problemas renais (tais como insuficiência renal)?

/腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことはありますか。

Não/いいえ

Sim/はい

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

7. Já foi diagnosticado alguma vez de uma das seguintes doenças: hipertireoidismo (Doença de Basedow, entre outras), mieloma, macroglobulinemia, tetania, feocromocitoma?

/甲状腺機能亢進症（バセドウ病など）、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。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Quem respondeu “Sim” , favor assinalar na resposta correspondente.

/「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。

- Hipertireoidismo (Doença de Basedow)/甲状腺機能亢進症（バセドウ病）
 Mieloma/骨髄腫 Macroglobulinemia/マクログロブリン血症
 Tetania/テタニー Feocromocitoma/褐色細胞腫
 Doença cardíaca grave/重い心臓の病気 Doença hepática grave/重い肝臓の病気

8. Está tomando alguma medicação para a diabetes?/糖尿病の薬を飲んでいますか。

*As pessoas que fazem uso de medicamentos de biguanidas para o diabetes, têm que suspender temporariamente a medicação.
/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。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Nome da medicação /薬品名：

9. Favor escrever o seu peso./体重をお書きください。

(kg)

10. Atualmente está grávida ou tem possibilidade de 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。

- Não/いいえ
 Não sabe/わからない
 Sim/はい

número de semanas/週数：

* Pode ser que seja suspenso o uso de meio de contraste por decisão do médico responsável ou do radiologista.

Solicitamos a sua compreensão.

/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。