

患者氏名 :
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Медицина анкета для комп'ютерної томографії (КТ) з контрастним посиленням
/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査 問診票

Ім'я та прізвище пацієнта /Patient name /患者氏名						
Дата народження /Date of birth /生年月日	Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日	Вік /Age /年齢	Роки(ів) /years old/歳	Стать /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Чоловіча /Male/男	<input type="checkbox"/> Жіноча /Female/女

Перед проведенням КТ з контрастним посиленням ми хотіли б оцінити ваш фізичний стан. Будь ласка, дайте відповідь на такі питання:

/Prior to performing a contrast-enhanced CT scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions:

/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。

Позначте все, що застосовно./Please check all that apply. /あてはまるものにチェックしてください。

1. Чи проходили ви будь-коли обстеження з використанням контрастної речовини (внутрішньовенне вливання або крапельниці)?

/Have you ever had an examination using contrast media (IV injection or drip)?

/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。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Комп'ютерна томографія/CT scan/C T 検査

Урографія/Urography/尿路造影

Холангіографія/Cholangiography/胆道造影

Ангіографія/Angiography/血管造影

Магнітно-резонансна томографія/MRI scan/MR I 検査

Будь ласка, укажіть інші обстеження з контрастним посиленням/Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査 :

2. Чи були у вас якісь побічні реакції після обстеження?

/Did you have any adverse reactions after the examination?/その時、副作用はありましたか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Висип/Rash/発疹

Свербіж/Itchiness/かゆみ

Нудота/Nausea/吐き気

Бльовання/Vomiting/嘔吐

Головний біль/Headache/頭痛

Інше/Others/その他 ()

3. Чи відчували ви коли-небудь себе погано після приймання ліків або ін'єкції?

/Have you ever felt unwell after taking medication or having an injection?

/飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Назва ліків/Name of medication(s)/薬品名 :

4. Чи було у вас будь-коли діагностовано астму?/Have you ever been diagnosed with asthma?

/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

10. Ви нині вагітні чи можете бути вагітні?/Are you currently pregnant or possibly pregnant?

/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。

Ні/No/いいえ

Не знаю/Do not know/わからない

Так/Yes/はい

Тижні вагітності/Weeks of pregnancy/週数 :

* Зверніть увагу, що контрастна речовина може не використовуватися. Питання про використання контрастної речовини вирішує лікар або радіолог, який відповідає за КТ.

/Please note contrast media may not be used. The use of contrast media is up to the doctor or radiologist in charge of the CT scan.

/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。

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。
This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

Цей український переклад підготовлено під наглядом лікарів, юридичних експертів або інших осіб. Коли будь-яка різниця в тлумаченні виникає через нюансову різницю в суміжних мовах або системах, японському оригіналу надається пріоритет.