

患者氏名：
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Медицина анкета для МРТ/Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI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 МРТ ми хотіли б оцінити ваш фізичний стан. Будь ласка, дайте відповіді на наведені нижче запитання у міру своїх знань.
/Prior to performing an MRI scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.
/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。

1. 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。

Ні /No /なし	Так /Yes /あり	Зміст/Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кардіостимулятор/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кліпсу на церебральну артерію встановлено понад 20 років тому /Cerebral artery clip placed over 20 years ago/20 年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Імплантовані медичні пристрої (імплантований кардіовертер-дефібрилятор (ІКД), кохлеарний імплантат, стимулятор нервів, інше) /Implanted medical devices (ICD, cochlear implant, nerve stimulator, other) /体内埋め込み装置 (ICD・人工内耳・神経刺激装置・その他)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Рухомий очний протез/Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Експандер грудей/Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Спрей для росту волосся, кольорові контактні лінзи (Не використовуйте їх в день обстеження) /Hair growth spray, color contact lenses (Do not use them on the day of examination) /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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Туш для брів та вій・косметичні засоби, що містять частки блискіток (Не використовуйте їх в день обстеження) /Mascara・cosmetic products containing glitter particles (Do not use them on the day of examination) /マスカラ・ラメ入り化粧品 (当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Імплантований метал в тілі/Implanted metal in the body/体内金属がある (Коли?/When?/時期 Місце/Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вагітність або можлива вагітність/Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (В даний час вагітна/Currently pregnant/現在妊娠： Тижні вагітності/Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Тату, перманентний макіяж/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Місце/Site/部位：)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Поточне ортодонтичне лікування, поточне використання магнітних зубних протезів /Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Перука/Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Виконання робіт з обробки металу/Engaging in metal processing work/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Клаустрофобія/Claustrophobia/閉所恐怖症である

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

/ぜんそくはありますか。

- Ні/No/いいえ
- Давно/Previously/以前あった
- Так/Yes/はい (Нині лікуюся/Currently under treatment/現在治療中)

3. Чи відчували ви коли-небудь побічні реакції на ліки?

/Have you ever experienced any adverse reactions to medications?/今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- Ні/No/いいえ
- Так/Yes/はい (Назва ліків/Name of medicine(s)/薬剤名)

患者氏名：
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

4. Чи проходили ви коли-небудь раніше МРТ?/Have you ever had an MRI scan before?

/今までにMRI 検査を受けたことがありますか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Коли це було?/When did you have it?/いつ頃受けられましたか。

Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日

5. Напишіть свою поточну вагу. Необхідно визначити умови сканування (наприклад, тривалість обстеження).

/Write your current weight. It is necessary to determine the scanning conditions (e.g. the length of inspection).

/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。

Вага/Weight/体 重： кг/kg

6. Якщо ви проходите МРТ малого тазу для гінекологічного обстеження, дайте відповідь на наведені нижче питання.

/If you are taking a pelvic MRI scan for gynecologic examination, answer the following questions.

/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。

Зображення органів змінюватимуться залежно від вашого менструального циклу

/The organs images will vary depending on your menstrual cycle./月経周期により画像の見え方が異なります。

1) Остання менструація/Last period/最終月経

Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日

-

Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日

2) Менструальний цикл/Menstrual cycle/月経周期

Регулярний/Regular/順調 Нерегулярний/Irregular/不順

3) Чи є у вас дисменорея (болючі менструації)?/Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。

Майже ніколи/Almost none/あまりない М'яка/Mild/軽度 Серйозна/Severe/強い

4) Вік менопаузи/Age of menopause/閉経した年齢は？

вік/age/年齢： роки/years old/歳

5) Чи проходили ви коли-небудь гормональну терапію?/Have you ever had hormone therapy?

/ホルモン療法を受けたことがありますか。

Ні/No/いいえ

Так/Yes/はい

Якщо так, то укажіть причину для лікування/If yes, specify the reason for treatment.

/「はい」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。

Дисменорея/Dysmenorrhea/月経困難

Безпліддя/Infertility/不妊

Інше/Others/その他()

Інші протипоказання/Other precautions/その他

- Якщо у вас є імплантований кардіостимулятор, імплантований кардіовертер-дефібрилятор або інші імплантовані медичні пристрої, то заздалегідь уточніть у лікарів, чи можна вам проходити МРТ.

/If you have an implanted cardiac pacemaker, ICD or other implantable medical devices, check with your doctors beforehand whether you are able to take an MRI scan.

/ペースメーカーやICD、その他体内埋め込み型の医療機器がある場合には、MRI 検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

- У кімнату для обстеження не можна приносити наведені нижче предмети.

/You cannot bring the following items into the examination room./次のものは検査室内に持ち込めません。

Металеві аксесуари (намиста, сережки, шпильки для волосся, пов'язки на голову, кільця тощо)

/Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)

/金属アクセサリ（ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など）

患者氏名：

患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

Окуляри, контактні лінзи, корсет, зубні протези

/Glasses, contact lenses, corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Магнітні карти, IC-карти (приміські проїзні, магнітні банківські карти тощо)

/Magnetic cards, IC cards (commuter passes, magnetic bank cards, etc.)

/磁気カード・ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）

Інші металеві предмети (ключі, слухові апарати, крокоміри, годинники, стільникові телефони тощо)

/Other metal objects (keys, hearing aids, pedometers, watches, cellular phones, etc.)

/その他の金属製品（鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など）

Термоодяг, одноразові грілки для тіла, магнітні пластири, вологі компреси, *Nitroderm*, пластирі для тих, хто кидає курити

/Thermal clothing, disposable body warmers, magnetic plasters, wet compresses, *Nitroderm*, non-smoking patches

/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

● Якщо у вас виникли питання, будь ласка, зверніться до відповідального техніка.

/If you have any questions, please ask the technician in charge.

/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。

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.