

患者氏名：  
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

**Медицина анкета для магнітно-резонансної томографії з контрастним посиленням (МРТ)**  
**/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)/造影MRI検査 問診票**

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

Перед проведенням МРТ з контрастним посиленням ми хотіли б оцінити ваш фізичний стан.  
/Prior to performing a contrast-enhanced MRI scan, we would like to evaluate your physical condition.  
/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

Будь ласка, дайте відповідь на наведені нижче питання в міру своїх знань.

/Please answer the questions below to the best of your knowledge.

/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。

\* Зверніть увагу, що за рішенням лікаря-рентгенолога контрастна речовина може не використовуватись

/Please note that a contrast medium may not be used based on the decision of the radiologist

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。

Будь ласка, поставте галочку біля того, що застосовно до вас./Please check the boxes that apply to you.

/あてはまるものにチェックしてください。

**1. Чи проходили ви коли-небудь обстеження з використанням контрастної речовини (внутрішньовенна ін'єкція або крапельниця)?**

**/Have you ever had 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。

Hi/No/いいえ

Tak/Yes/はい

Якщо так, позначте галочкою, яке(і) обстеження ви проходили. (Можливі кілька відповідей).

/If yes, check the box(es) indicating the examination(s) you had. (Multiple answers are possible.)

/「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)

КТ/CT scan/CT検査

МРТ/MRI scan/MRI 検査

Урографія/Urography/尿路造影

Холангіографія/Cholangiography/胆道造影

Ангіографія/Angiography/血管造影

Холецистографія/Cholecystography/胆嚢造影

**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。

Hi/No/いいえ

Tak/Yes/はい

Якщо так, то позначте галочкою чи галочками симптоми, які у вас були. (Можливі кілька відповідей).

/If yes, check the box(es) indicating the symptom(s) you had. (Multiple answers are possible.)

/「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)

Висип/Rash/発疹

Свербіж/Itchiness/かゆみ

Нудота/Nausea/吐き気

блювання/Vomiting/嘔吐

Головний біль/Headache/頭痛

Інше/Others /その他 ( )

**3. 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)と言われた事ありますか。

Hi/No/いいえ

Tak/Yes/はい

患者氏名：  
患者ID：

Українська мова / Ukrainian / ウクライナ語

#### 4. Чи є у вас алергія або алергічні захворювання?/Do you have any allergies or allergic diseases?

/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

Якщо так, то поставте галочку(и) біля того, що застосовно до вас.

/If yes, check the box(es) that apply to you.

/「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。

Кропив'янка/Hives/じんましん

Атопічний дерматит/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

Алергічний риніт/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

Медикаментозна алергія/Drug allergy/薬のアレルギー

(Назва медикаментів/Name of medication(s)/薬剤名 )

Харчова алергія/Food allergy/食物のアレルギー

(Назва харчових продуктів/Name of food(s)/食物名 )

Інше/Others/その他 ( )

#### 5. Чи було у вас коли-небудь діагностовано такі захворювання?

/Have you ever been diagnosed with any of the following diseases?/以下の病気といわれたことがありますか。

Hi/No/いいえ

Так/Yes/はい

Якщо так, то поставте галочку(и) біля того, що застосовно до вас./If yes, check the box(es) that apply to you.

/「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。

Серйозна хвороба печінки/Severe liver disease/重い肝臓の病気

Серйозна хвороба нирок/Severe renal disease/重い腎臓の病気

#### 6. Чи були у вас наведені нижче хірургічні операції або лікування?

/Have you ever had any of the following surgeries or treatment?/下表の手術や処置を受けたことがありますか。

Hi /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

