

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / हिन्दी/ Hindi

कंट्रास्ट-एन्हांस्ड सीटी के लिए मेडिकल प्रश्नावली

/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査 問診票

रोगी का नाम /Patient name /患者氏名						
जन्म की तारीख/Date of birth /生年月日	वर्ष /Year/年 माह /Month/月 दिन /Day/日	आयु/Age /年齢	वर्ष पुराना/years old/歳	लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/ 男	<input type="checkbox"/> महिला /Female/女

कंट्रास्ट-एन्हांस्ड सीटी स्कैन करने से पहले, हम आपकी शारीरिक स्थिति का मूल्यांकन करना चाहेंगे। कृपया अग्रांकित प्रश्नों के उत्तर दें:

/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。

कृपया सभी की लागू होने वाले उपायों की जांच करें।/Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

1. क्या आपने कभी कंट्रास्ट मीडिया (आईवी इंजेक्शन या ड्रिप) का उपयोग करके जांच कराई है?

/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

सीटी स्कैन /CT scan/CT検査 यूरोग्राफी /Urography/尿路造影

कोलेजनियोग्राफी /Cholangiography/胆道造影 एंजियोग्राफी /Angiography/血管造影

एमआरआई स्कैन /MRI scan/MRI検査

कृपया अन्य कंट्रास्ट-संवर्धित परीक्षाओं को निर्दिष्ट करें/Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査:

2. क्या आपको परीक्षा के बाद कोई प्रतिकूल प्रतिक्रिया हुई?

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

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

दाने /Rash/発疹

खुजली /Itchiness/かゆみ

मतली /Nausea/吐き気

उल्टी /Vomiting/嘔吐

सिरदर्द /Headache/頭痛

अन्य /Others/その他 ()

3. क्या आपको कभी दवा लेने या इंजेक्शन लेने के बाद अस्वस्थता महसूस हुई है?

/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

दवाओं का नाम/Name of medication(s)/薬品名:

4. क्या आपको कभी अस्थमा का पता चला है?/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / हिन्दी-एंग्लिश

नहीं /No/नहीं

हाँ /Yes/हाँ

दवा(ओं) का नाम/Name of medication(s)/दवा(ओं) का नाम :

9. आपका वज़न कितना है? /What is your weight?/体重をお書きください。

(किलोग्राम /kg)

10. क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं या संभवतः गर्भवती हैं?/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。

नहीं /No/नहीं

नहीं जानतीं /Do not know/जानतीं नहीं

हाँ /Yes/हाँ

गर्भावस्था के सप्ताह /Weeks of pregnancy/सप्ताह :

* कृपया ध्यान दें कि कंट्रास्ट मीडिया का उपयोग नहीं किया जा सकता है। कंट्रास्ट मीडिया का उपयोग सीटी स्कैन के प्रभारी डॉक्टर या रेडियोलॉजिस्ट पर निर्भर है।/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.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों की देखरेख में तैयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को प्राथमिकता दी जाएगी।