

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / ヒンディー語

## कंट्रास्ट-एन्हांस्ड सीटी के लिए मेडिकल प्रश्नावली

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

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

हाँ /Yes/はい

सीटी स्कैन/CT scan/C T 検査  युरोग्राफी/Urography/尿路造影

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

एमआरआई स्कैन/MRI scan/MR I 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

हाँ /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つたことがありますか。

नहीं/No/いいえ

हाँ/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）と言わされた事がありますか。

नहीं /No/いいえ

हाँ /Yes/はい

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / ヒンディー語

5. क्या आपको कोई एलर्जी या एलर्जिक सोग है? /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。

- नहीं /No/いいえ  
 हाँ /Yes/はい  
 पिती /Hives/ じんましん  
 एटोपिक डर्मेटाइटिस/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎  
 एलर्जिक राइनाइटिस/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎  
 ड्रग एलर्जी/Drug allergy/薬のアレルギー
- (दवाओं का नाम/दवाओं का नाम/Name of medication(s)/薬剤名 )
- खाद्य एलर्जी/Food allergy/食物のアレルギー
- (भोजन का नाम/भोजन का नाम/Name of food(s)/食物名 )
- अन्य/Others/その他 ( )

6. क्या आपको कभी बताया गया है कि आपकी किडनी खराब हो गई है (गुर्दे की विफलता, आदि)?

/Have you ever been told that your kidney function is impaired (kidney failure, etc.)?

/腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか。

- नहीं /No/いいえ  
 हाँ /Yes/はい

7. क्या आपको कभी हाइपरथायरायडिज्म (ग्रेव्स रोग, आदि), मायलोमा, मैक्रोग्लोबुलिनमिया, टेटनी, या फियोक्रोमोसाइटोमा का निदान हुआ है?

/Have you ever been diagnosed with hyperthyroidism (Graves' disease, etc.), myeloma, macroglobulinemia, tetany, or pheochromocytoma ?

/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。

- नहीं /No/いいえ  
 हाँ /Yes/はい
- यदि हाँ, तो आप पर लागू होने वाले बॉक्स को चेक करें।  
yadi haan./If yes, check the box (es) that apply to you.  
/「はい」に団された方は、下記に当てはまるものに☑してください。

- हाइपरथायरायडिज्म (ग्रेव्स रोग)/Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症(バセドウ病)  
 मायलोमा/Myeloma/骨髄腫  
 मैक्रोग्लोबुलिनमिया /Macroglobulinemia/マクログロブリン血症  
 टेटनी/Tetany/テタニー
  - फियोक्रोमोसाइटोमा/Pheochromocytoma/褐色細胞腫
  - गंभीर हृदय रोग /Severe heart disease/重い心臓の病気
  - गंभीर जिगर की बीमारी/Severe liver disease/重い肝臓の病気

8. क्या आप मधुमेह की दवाएँ ले रहे हैं? /Are you taking diabetic medications?

/糖尿病の薬を飲んでいますか。

\* यदि आप बिगुआनाइड मधुमेह विरोधी दवाएं ले रहे हैं, तो आपको एक विशिष्ट अवधि के लिए दवा लेना बंद करना होगा।

/If you are taking biguanide anti-diabetic medications, you will need to stop taking the medication for a specific length of time.  
/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。

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / ヒンディー語

नहीं /No/いいえ

हाँ /Yes/はい

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

**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/いいえ

नहीं जानतीं /Do not know/わからない

हाँ /Yes/はい

गर्भावस्था के सप्ताह /Weeks of pregnancy/週数 :

\* 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 तेयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूखम अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी भूल का प्राथमिकता दी जाएगी।