

患者氏名 :
患者ID :

हिंदी/ Hindi/ हिन्दी-एंग्लो

एमआरआई स्कैन/एमआरआई के लिए चिकित्सा प्रश्नावली

/Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI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"/> स्त्री /Female/女

एमआरआई स्कैन करने से पहले, हम आपकी शारीरिक स्थिति का मूल्यांकन करना चाहेंगे। कृपया अपनी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें।/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. 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。

नहीं /No /なし	हाँ /Yes /あり	अंतर्वस्तु /Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हृदय गतिनिर्धारक /Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सेरेब्रल धमनी क्लिप 20 साल पहले लगाई गई थी /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"/>	प्रत्यारोपित चिकित्सा उपकरण (आईसीडी, कॉकिलयर इम्प्लांट, तंत्रिका उत्तेजक, अन्य)/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"/>	चल कृत्रिम आंख /Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	स्तन विस्तारक /Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हेयर ग्रोथ स्प्रे, कलर कॉन्टैक्ट लेंस (परीक्षा के दिन इनका उपयोग न करें)/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"/>	काजल・चमकदार कणों वाले कॉस्मेटिक उत्पाद (परीक्षा के दिन इनका उपयोग न करें) / 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"/>	शरीर में प्रत्यारोपित धातु /Implanted metal in the body/体内金属がある (कब/When?/時期 साइट/Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	गर्भावस्था या संभवतः गर्भवती /Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性 /現在妊娠 : गर्भावस्था के सप्ताह /Weeks of pregnancy/週
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	टैटू, स्थायी श्रृंगार /Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (साइट /Site/部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	वर्तमान ऑर्थोडॉन्टिक उपचार, चुंबकीय डेन्चर का वर्तमान उपयोग/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"/>	बाल का टुकड़ा /Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	धातु प्रसंस्करण कार्य में संलग्न होना /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"/>	क्लौस्ट्रोफोबिया /Claustrophobia/閉所恐怖症である

2. क्या आपको कभी अस्थमा का पता चला है?/Have you ever been diagnosed with asthma?

/ぜんそくはありますか。

नहीं/No/いいえ

पहले/Previously/以前あった

हां/Yes/はい (वर्तमान में उपचाराधीन/Currently under treatment/現在治療中)

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/ Hindi/ हिन्दी-भाषा

3. क्या आपने कभी दवाओं पर कोई प्रतिकूल प्रतिक्रिया अनुभव की है?

/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/हाँ (दवा का नाम /Name of medicine(s)/ 薬剤名)

4. क्या आपने पहले कभी एमआरआई स्कैन करवाया है?/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/हाँ

आपके पास यह कब था?/When did you have it?/いつ頃受けられましたか。

वर्ष /Year/年 महीना /Month/月 दिन /Day/日

5. अपना वर्तमान वजन लिखें. स्कैनिंग की स्थिति (उदाहरण के लिए निरीक्षण की अवधि) निर्धारित करना आवश्यक है।

/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。

वजन /Weight/体 重 : किलोग्राम/kg

6. यदि आप स्त्री रोग संबंधी जांच के लिए पेल्विक एमआरआई स्कैन करा रहे हैं, तो निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें।

/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。

आपके मासिक धर्म चक्र के आधार पर अंगों की छवियां अलग-अलग होंगी।/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) पिछली माहवारी /Last period/最終月経

वर्ष /Year/年 महीना /Month/月 दिन /Day/日

- वर्ष /Year/年 महीना /Month/月 दिन /Day/日

2) मासिक धर्म चक्र /Menstrual cycle/月経周期

नियमित /Regular/順調 अनियमित /Irregular/不順

3) क्या आपको कष्टार्तव (दर्दनाक माहवारी) है?/Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。

लगभग कोई नहीं /Almost none/あまりない हल्का /Mild/軽度 गंभीर /Severe/強い

4) रजोनिवृत्ति की आयु /Age of menopause/閉経した年齢は?

आयु/age/年齢 : वर्ष पुराना /years old/歳

5) क्या आपने कभी हार्मोन थेरेपी ली है?/Have you ever had hormone therapy?

/ホルモン療法を受けたことがありますか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/हाँ

यदि हाँ, तो उपचार का कारण बतायें।/If yes, specify the reason for treatment.

/「हाँ」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。

कष्टार्तव /Dysmenorrhea/月経困難

बांझपन /Infertility/不妊

अन्य /Others/その他()

अन्य सावधानियां /Other precautions/その他

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/ Hindi/ हिन्दी-भाषा

- यदि आपके पास प्रत्यारोपित कार्डियक पेसमेकर, आईसीडी या अन्य प्रत्यारोपित चिकित्सा उपकरण हैं, तो अपने डॉक्टरों से पहले ही जांच लें कि आप एमआरआई स्कैन कराने में सक्षम हैं या नहीं।

/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.

/ पेसमेकर या ICD, अन्य अंतर्निहित प्रकार के चिकित्सा उपकरणों के मामले में, MRI जांच के लिए जांच के लिए अपने चिकित्सक से बात करें।

- आप निम्नलिखित वस्तुएँ परीक्षा कक्ष में नहीं ला सकते।

/You cannot bring the following items into the examination room./ निम्नलिखित वस्तुएँ परीक्षा कक्ष में नहीं ला सकते।

धातु का सामान (हार, छेददार बालियाँ, हेयर पिन, हेडबैंड, अंगूठियाँ, आदि)/Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)

/मेटल एक्सेसरीज (नेकलेस, पियर्सड ईयरिंग्स, हेयरपिन, हेडबैंड, रिंग्स, आदि)

चश्मा, कॉन्टैक्ट लेंस, कोर्सेट, डेन्चर/Glasses, contact lenses, corset, dentures

/एग्जैम्पल: कॉन्टैक्ट लेंस, कॉन्टैक्ट लेंस, कोर्सेट, डेन्चर

चुंबकीय कार्ड, आईसी कार्ड (यात्री पास, चुंबकीय बैंक कार्ड, आदि)/Magnetic cards, IC cards (commuter passes, magnetic bank cards, etc.)

/मैग्नेटिक कार्ड, आईसी कार्ड (कॉम्यूटर पास, मैग्नेटिक बैंक कार्ड, आदि)

अन्य धातु की वस्तुएँ (चाबियाँ, श्रवण यंत्र, पेडोमीटर, घड़ियाँ, सेल्युलर फोन, आदि)/Other metal objects (keys, hearing aids, pedometers, watches, cellular phones, etc.)

/अन्य धातु की वस्तुएँ (चाबियाँ, श्रवण यंत्र, पेडोमीटर, घड़ियाँ, सेल्युलर फोन, आदि)

थर्मल कपड़े, डिस्पोजेबल बॉडी वार्मर, चुंबकीय प्लास्टर, गीले कंप्रेस, नाइट्रोडर्म, धूम्रपान रहित पैच/Thermal clothing, disposable body warmers, magnetic plasters, wet compresses, Nitroderm, non-smoking patches

/थर्मल कपड़े, डिस्पोजेबल बॉडी वार्मर, चुंबकीय प्लास्टर, गीले कंप्रेस, नाइट्रोडर्म, धूम्रपान रहित पैच

- यदि आपके कोई प्रश्न हैं, तो कृपया प्रभारी तकनीशियन से पूछें।

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

/उपरोक्त में कोई भी प्रश्न/प्रश्न, कृपया प्रभारी तकनीशियन से पूछें।

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।