

患者氏名 :
患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली

एमआरआई स्क्यानको लागि मेडिकल प्रश्नावली /Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI検査 問診票

बिरामीको नाम /Patient name /患者氏名						
जन्म मिति /Date of birth /生年月日	वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日	उमेर /Age /年齢	वर्ष पुरानो /years old/歳	लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男	<input type="checkbox"/> महिला /Female/女

एमआरआई स्क्यान गर्नु अघि, हामी तपाईंको शारीरिक अवस्थाको मूल्याङ्कन गर्न चाहन्छौं। कृपया तलका प्रश्नहरूको जवाफ तपाईंको ज्ञान अनुसार दिनुहोस्।

/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 लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्।/Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

छैन /No /なし	छ /Yes /あり	विषयवस्तु /Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	कार्डियक पेसमेकर /Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सेरेब्रल धमनी क्लिप २० वर्ष पहिले राखिएको /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"/>	इंप्लांट गरिएको चिकित्सा उपकरणहरू (ICD, कोक्लियर इंप्लांट, नसा 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"/>	गतिशील कृत्रिम आँखा 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 कन्ट्याक्ट लेन्स (परीक्षाको दिन प्रयोग नगर्नुहोस्)/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"/>	मस्कारा・ग्लिटर कणहरू भएको कस्मेटिक उत्पादनहरू (परीक्षाको दिन प्रयोग नगर्नुहोस्)/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 भित्र धातु छ। /Implanted metal in the body/体内金属がある (कहिले?/When?/時期) (कता/Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	गर्भावस्था वा सम्भवतः गर्भवती Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (अहिले गर्भवती छु /Currently pregnant/現在妊娠) (गर्भवती महिना /Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ट्याटू, स्थायी मेकअप/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (कता /Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हालको अर्थोडोन्टिक उपचार, चुम्बकीय दन्तहरूको वर्तमान प्रयोग /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"/>	कपालको टुक्रा/Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	धातु प्रशोधन कार्यमा संलग्न /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"/>	क्लस्ट्रोफोबिया/Claustrophobia/閉所恐怖症である

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली

2. के तपाईंलाई कहिल्यै दम भएको छ?/Have you ever been diagnosed with asthma?

/ぜんそくはありますか。

छैन/No/いいえ

पहिले/Previously/以前あった

छ/Yes/はい (हाल उपचाररत छु/Currently under treatment/現在治療中)

3. के तपाईंले कहिल्यै औषधिको कुनै प्रतिकूल प्रतिक्रिया अनुभव गर्नुभएको छ?/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい (औषधि(हरू) को नाम/Name of medicine(s)/薬剤名)

4. के तपाईंले पहिले कहिल्यै एमआरआई स्क्यान गर्नुभएको छ?/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

तपाईंले कहिले गर्नुभएको थियो? /When did you have it?/いつ頃受けられましたか。

वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

5. आफ्नो वर्तमान वजन लेख्नुहोस्। स्क्यानिङ सर्तहरू (जस्तै निरीक्षणको लम्बाइ) निर्धारण गर्न आवश्यक छ।

/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。

तौल/Weight/体 重 : केजी/kg

6. यदि तपाईं स्त्री रोग परीक्षणको लागि पेल्विक एमआरआई स्क्यान लिइरहनुभएको छ भने, निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्।

/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。

तपाईंको मासिक महिनावारी चक्रको आधारमा अंगहरूको छविहरू भिन्न हुनेछन् /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) पछिल्लो महिनावारी अवधि /Last period/最終月経

वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

- वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

2) महिनावारी चक्र / Menstrual cycle/月経周期

नियमित/Regular/順調 अनियमित/Irregular/不順

3) के तपाईंलाई डिस्मेनोरिया (पीडादायी अवधि) छ?/Do you have dysmenorrhea (painful periods)?

/月経困難はありますか。

लगभग छैन/Almost none/あまりない हल्का/Mild/軽度 गम्भीर/ Severe/強い

4) रजोनिवृत्तिको उमेर/Age of menopause/閉経した年齢は?

उमेर/age/年齢 : वर्ष पुरानो /years old/歳

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

5) के तपाईंले कहिल्यै हार्मोन थेरापी गर्नुभएको छ? / Have you ever had hormone therapy?

/ホルモン療法を受けたことがありますか。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि छ भने, उपचारको कारण निर्दिष्ट गर्नुहोस्। / 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。

डिसमेनोरिया /Dysmenorrhea/月経困難

बाँझोपन /Infertility/不妊

अन्य (हरू) /Others/その他()

अन्य सावधानीहरू/Other precautions/その他

- यदि तपाईंसँग प्रत्यारोपित कार्डियक पेसमेकर, आईसीडी वा अन्य प्रत्यारोपण योग्य चिकित्सा उपकरणहरू छन् भने, तपाईं एमआरआई स्क्यान लिन सक्षम हुनुहुन्छ कि छैन भनेर पहिले नै तपाईंको डाक्टरहरूसँग जाँच गर्नुहोस्।

/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。

- परीक्षण कक्षमा निम्न वस्तुहरू ल्याउन पाइने छैन

/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。

धातुका सामानहरू (हार, छेडिएको झुम्का, कपालको पिन, हेडब्यान्ड, औंठी, आदि)

/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)

चश्मा, सम्पर्क लेन्स, कोर्सेट, दाँत /Glasses, contact lenses, corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

चुम्बकीय कार्ड, आईसी कार्ड (यात्रा पास, चुम्बकीय बैंक कार्ड, आदि)

/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)

अन्य धातु वस्तुहरू (साँचोहरू, श्रवण यन्त्रहरू, पेडोमिटरहरू, घडीहरू, सेलुलर फोनहरू, आदि)

/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)

थर्मल कपडा, डिस्पोजेबल बडी वार्मर, चुम्बकीय प्लास्टर, भिजेको कम्प्रेस, नाइट्रोडर्म, धुम्रपान नगर्ने प्याचहरू

/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

- यदि तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया जिम्मेवार प्राविधिकलाई सोध्नुहोस्।

/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.

यो अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टर कानूनविद वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।