

患者氏名 :
患者ID :

ไทย/Thai/タイ語

แบบสอบถามการตรวจ MRI/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)/造影MRI検査 問診票

ชื่อผู้ป่วย /Patient name /患者氏名							
วันเกิด /Date of birth /生年月日	ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วันที่/Day/日	อายุ /Age /年齢	ปี /years old/歳	เพศ /Sex /性別	<input type="checkbox"/> ชาย /Male/男	<input type="checkbox"/> หญิง /Female/女	

ก่อนที่จะทำการทดสอบ MRI ที่เน้นความคมชัด เราจะตรวจสอบสภาพร่างกายของคุณก่อน
/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
กรุณาตอบคำถามดังต่อไปนี้เท่าที่คุณจะตอบได้

/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。

* โปรดทราบว่าไม่สามารถใช้สื่อทราสต์ได้ตามดุลยพินิจของรังสีวิทยา

/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。

โปรดตรวจสอบสิ่งที่ตรงกับเงื่อนไข/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. คุณเคยเข้ารับการทดสอบโดยใช้สารทึบรังสี (การฉีด/การให้สารทางหลอดเลือดดำ) หรือไม่?

/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。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

หากคุณตอบว่า "ใช่" โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องด้านล่างที่เกี่ยวข้อง(สามารถตอบได้หลายรายการ)

/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)

ตรวจCT/CT scan/CT検査

ตรวจMRI/MRI scan/MRI 検査

ระบบทางเดินปัสสาวะ/Urography/尿管造影

路造影

การตรวจทางเดินน้ำดี/Cholangiography/胆道造影

การตรวจหลอดเลือด/Angiography/血管造影

การตรวจถุงน้ำดี/Cholecystography/胆囊造影

2. เคยมีผลข้างเคียงในเวลานั้นหรือไม่?/Did you have any adverse reactions after the examination?

/その時、副作用はありましたか。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

หากคุณตอบว่า "ใช่" โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องด้านล่างที่เกี่ยวข้อง(สามารถตอบได้หลายรายการ)

/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)

ผื่น/Rash/発疹

อาการคัน/Itchiness/かゆみ

คลื่นไส้/Nausea/吐き気

อาเจียน/Vomiting/嘔吐

ปวดศีรษะ/Headache/頭痛

อื่นๆ/Others /その他 ()

3. คุณเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่?/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。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

4. คุณมีอาการแพ้หรือโรคภูมิแพ้หรือไม่?/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。

ไม่มี/No/いいえ

มี/Yes/はい

หากคุณตอบว่า "ใช่" โปรดทำเครื่องหมาย☑ในช่องด้านล่างที่เกี่ยวข้อง

/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。

ลมพิษ/Hives/じんましん

โรคผิวหนังภูมิแพ้/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

โรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

แพ้ยา/Drug allergy/薬のアレルギー

(ชื่อยา/Name of medication(s)/薬剤名)

แพ้อาหาร/Food allergy/食物のアレルギー

(ชื่ออาหาร/Name of food(s)/食物名)

อื่นๆ/Others/その他 ()

5. คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่?/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。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

หากคุณตอบว่า "ใช่" โปรดทำเครื่องหมาย☑ในช่องด้านล่างที่เกี่ยวข้อง

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。

โรคตับอย่างรุนแรง/Severe liver disease/重い肝臓の病気

โรคไตอย่างรุนแรง/Severe renal disease/重い腎臓の病気

6. คุณได้รับการผ่าตัดหรือการรักษาตามตารางด้านล่างหรือไม่

/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。

ไม่ใช่ /No /なし	ใช่ /Yes /あり	เนื้อหา/Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เครื่องกระตุ้นหัวใจ/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หนีบเส้นเลือดในสมองมานานกว่า 20 ปี/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"/>	อุปกรณ์ปลูกถ่าย (ICD, ประสาทหูเทียม, อุปกรณ์กระตุ้นเส้นประสาท ฯลฯ)/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"/>	ตาเทียมที่สามารถเคลื่อนย้ายได้/Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เครื่องขยายเต้านม/Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สเปรย์เพิ่มขน, คอนแทคเลนส์สี (ห้ามใช้ในวันนั้น) /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"/>	มาสคาร่าและเครื่องสำอางกลิตเตอร์ (ห้ามใช้ในวันนั้น) /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"/>	มีโลหะอยู่ในร่างกาย/Implanted metal in the body/体内金属がある (เมื่อไร?/When?/時期) บริเวณ/Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์/Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (ปัจจุบันตั้งครรภ์/Currently pregnant/現在妊娠 :) สัปดาห์/Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีรอยสัก/แต่งหน้าถาวร/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (บริเวณ/Site/部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กำลังจัดฟันให้ตรงหรือใช้ฟันปลอมแบบแม่เหล็ก/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"/>	ใช้วิกผม/Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	มีส่วนร่วมในงานแปรรูปโลหะ/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"/>	โรคกลัวที่แคบ/Claustrophobia/閉所恐怖症である

