

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Kuesioner untuk Pemindaian MRI/Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI検査 問診票

Nama pasien /Patient name /患者氏名						
Tanggal lahir /Date of birth /生年月日	Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日	Umur /Age /年齢	Tahun /years old/歳	Jenis kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-laki /Male/男	<input type="checkbox"/> Perempuan /Female/女

Sebelum dilakukan pemindaian MRI, kami ingin mengevaluasi kondisi fisik anda. Tolong jawab pertanyaan di bawah sesuai yang anda pahami.
/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. Beri tanda centang pada jawaban yang sesuai./Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

Tidak /No /なし	Ya /Yes /あり	Isi/Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alat pacu jantung pacemaker/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klip arteri serebral yang dipasang 20 tahun lalu /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"/>	Alat kesehatan implan (ICD, implan koklear, stimulasi syaraf, dll.) /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"/>	Mata buatan yang dapat bergerak/Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implan payudara/Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spray penumbuh rambut, kontak lensa warna (jangan gunakan saat hari pemeriksaan) /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"/>	Maskara, produk kosmetik yang mengandung partikel glitter (jangan gunakan saat hari pemeriksaan) /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"/>	Implan logam di badan/Implanted metal in the body/体内金属がある (Kapan?/When?/時期 Lokasi/Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hamil atau mungkin hamil/Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (Saat ini sedang hamil /Currently pregnant/現在妊娠 : Minggu kehamilan /Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tato, makeup permanen/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Lokasi/Site/部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedang menjalani perawatan ortodonti, penggunaan gigi palsu magnetik /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"/>	Wig/ Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terlibat dalam pekerjaan produksi logam/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"/>	Klaustrofobia/Claustrophobia/閉所恐怖症である

2. Apakah anda pernah didiagnosa dengan asthma?/Have you ever been diagnosed with asthma?

/ぜんそくはありますか。

- Tidak/No/いいえ
 Pernah sebelumnya/Previously/以前あった
 Ya/Yes/はい (Sedang dalam pengobatan/Currently under treatment/現在治療中)

3. Apakah anda pernah mengalami reaksi merugikan karena pengobatan?

/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。

- Tidak/No/いいえ
 Ya/Yes/はい (Nama obat/Name of medicine(s)/薬剤名)

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

4. Apakah anda pernah menjalani pemindaian MRI sebelumnya?/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。

Tidak /No/いいえ

Ya /Yes/はい

Kapan anda menjalaninya?/When did you have it?/いつ頃受けられましたか。

Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日

5. Tulis berat badan anda sekarang. Hal ini penting untuk menentukan kondisi pemindaian (misalnya lama pemeriksaan).

/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。

Beerat/Weight/体 重 : kg/kg

6. Apabila anda menjalani pemindaian pelvis (panggul) untuk pemeriksaan ginekologis, jawab pertanyaan berikut.

/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。

Gambaran organ akan bervariasi tergantung siklus menstruasi

/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) Menstruasi terakhir/Last period/最終月経

Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日

- Tahun/Year/年 Bulan/Month/月 Tanggal/Day/日

2) Siklus menstruasi/Menstrual cycle/月経周期

Rutin/Regular/順調 Tidak rutin/Irregular/不順

3) Apakah terjadi dismenore (kram menstruasi)?/Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。

Hampir tidak/Almost none/あまりない Ringan/Mild/軽度 Parah/Severe/強い

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

Umur/age/年齢 : Tahun/years old/歳

5) Apakah anda pernah menjalani terapi hormonal?/Have you ever had hormone therapy?

/ホルモン療法を受けたことがありますか。

Tidak/No/いいえ

Ya/Yes/はい

Jika iya, apa alasan terapi tersebut/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。

Dismenore/Dysmenorrhea/月経困難

Infertilitas/Infertility/不妊

Lainnya /Others/その他()

Tindakan pencegahan lain/Other precautions/その他

- Apabila anda memiliki implan alat pacu jantung pacemaker, ICD, atau implan kesehatan lain, cek dengan dokter anda sebelum menjalani pemindaian MRI.

/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。

- Anda tidak dapat membawa barang-barang berikut ke ruang pemeriksaan.

/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。

Aksesori logam (kalung, anting-anting, jepit rambut, ikat kepala, cincin, dll.)

/Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)

/金属アクセサリー（ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など）

患者氏名 :

患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Kacamata, lensa kontak, korset, gigi palsu

/Glasses, contact lenses, corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Kartu magnetik, kartu IC (kartu komuter, kartu bank magnetik, dll.)

/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)

Benda logam lainnya (kunci, alat bantu pendengaran, pedometer, jam tangan, telepon genggam, dll.)

/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)

Baju hangat heat tech, penghangat portable, plaster magnetik, kompres basah, *Nitroderm*, plaster berhenti merokok

/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

●Jika anda memiliki pertanyaan, silahkan bertanya pada petugas.

/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.

Terjemahan bahasa indonesia telah dipersiapkan dalam pengawasan para dokter, ahli hukum, dan lainnya. Apabila terdapat perbedaan dalam penafsiran yang disebabkan oleh perbedaan nuansa bahasa atau sistem terkait, versi asli bahasa Jepang akan diprioritaskan.