

患者氏名 :
患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

Medical na Talatangunan para sa Contrast-enhanced CT
/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査 問診票

Pangalan ng pasyente /Patient name /患者氏名						
Aaw ng kapanganakan /Date of birth /生年月日	Taon/Year/年 Buwan/Month/月 Araw/Day/日	Edad /Age /年齢	Taong gulang /years old/歳	Kasarian /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Lalaki /Male/男	<input type="checkbox"/> Babae /Female/女

Bago magsagawa ng contrast-enhanced CT scan, gusto naming suriin ang iyong pisikal na kondisyon. Pakisagot ang mga sumusunod na tanong:

/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。

Mangyaring suriin ang lahat ng naaangkop./Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

1. Nagkaroon ka na ba ng pagsusuri gamit ang contrast media (IV injection o drip)?

/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。

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

CT scan/CT scan/C T

Urography/Urography/尿路造影

Cholangiography /Cholangiography/胆道造影

Angiography/Angiography/血管造影

MRI scan/MRI scan/MR I 検査

Mangyaring tukuyin ang iba pang mga contrast-enhanced na pagsusuri/Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査 :

2. Mayroon ka bang anumang masamang reaksyon pagkatapos ng eksaminasyon?

/Did you have any adverse reactions after the examination?/その時、副作用はありましたか。

Wala/No/いいえ

Oo/Yes/はい

Pantal/Rash/発疹

Pangangati/Itchiness/かゆみ

Pagduduwal/Nausea/吐き気

Pagsusuka/Vomiting/嘔吐

Sakit ng ulo/Headache/頭痛

Iba pa/Others/その他 ()

3. Nakaramdam ka na ba ng hindi magandang pakiramdam pagkatapos uminom ng gamot o magpa-iniksyon?

/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ったことがありますか。

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

Pangalan ng (mga) gamot/Name of medication(s)/薬品名 :

4. Na-diagnose ka na ba na may asthma?/Have you ever been diagnosed with asthma?

/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

5. Mayroon ka bang anumang allergy o allergic na sakit?/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。

- Wala/No/いいえ
 Oo/Yes/はい
 Mga pantal/Hives/じんましん
 Atopic dermatitis/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎
 Allergic rhinitis/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎
 Allergy sa droga/Drug allergy/薬のアレルギー
(Pangalan ng (mga) gamot/Name of medication(s)/薬剤名)
 May allergy sa pagkain /Food allergy/食物のアレルギー
(Pangalan ng (mga) pagkain/Name of food(s)/食物名)
 Iba pa/Others /その他 ()

6. Nasabi na ba sa iyo na ang iyong kidney function ay may kapansanan (kidney failure, atbp.)?
/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。

- Hindi/No/いいえ
 Oo/Yes/はい

7. Na-diagnose ka na ba na may hyperthyroidism (Graves' disease, atbp.), myeloma, macroglobulinemia, tetany, o pheochromocytoma
/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。

- Hindi/No/いいえ
 Oo/Yes/はい

Kung oo, lagyan ng tsek ang kahon (es) na naaangkop sa iyo./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。

- Hyperthyroidism (sakit ng Graves)/Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)
 Myeloma/Myeloma/骨髄腫
 Macroglobulinemia /Macroglobulinemia/マクログロブリン血症
 Tetany /Tetany/テタニー
 Pheochromocytoma/Pheochromocytoma/褐色細胞腫
 Malubhang sakit sa puso/Severe heart disease/重い心臓の病気
 Malubhang sakit sa atay/Severe liver disease/重い肝臓の病気

8. Umiinom ka ba ng mga gamot para sa diabetes?/Are you taking diabetic medications?
/糖尿病の薬を飲んでますか。

* Kung umiinom ka ng mga biguanide na anti-diabetic na gamot, kakailanganin mong ihinto ang pag-inom ng gamot para sa isang partikular na tagal ng panahon.

/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。

- Hindi/No/いいえ
 Oo/Yes/はい

Pangalan ng (mga) gamot/Name of medication(s)/薬品名 :

9. Ano ang iyong timbang? /What is your weight?/体重をお書きください。
(kilo/kg)

患者氏名 :
患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

10. Ikaw ba ay kasalukuyang buntis o posibleng buntis?/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。

Hindi/No/いいえ

Hindi alam/Do not know/わからない

Oo/Yes/はい

Linggo ng pagbubuntis/Weeks of pregnancy/週数 :

* Pakitandaan na hindi maaaring gamitin ang contrast media. Ang paggamit ng contrast media ay nakasalalay sa doktor o radiologist na namamahala sa CT scan.

/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.

Ang pagsasaling ito sa Ingles ay inihianda sa ilalim ng pangangasiwa ng mga doktor, eksperto sa batas o iba pa. Kapag mayroong lumitaw na anumang pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng kahulugan sa mga kaugnay na wika o sistema, ang orihinal na Japanese ay bibigyan ng prayoridad.