

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Kuesioner medis untuk CT dengan zat kontras

/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT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	Usia /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 CT dengan zat kontras, kami ingin mengevaluasi kondisi fisik anda. Harap jawab pertanyaan berikut:

/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。

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。

1. Apakah anda pernah menjalani pemeriksaan dengan media kontras (injeksi intravena atau drip infus)

/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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

Pemindaian CT/CT scan/C T 検査

Urografi/Urography/尿路造影

Kolangiografi/Cholangiography/胆道造影

Angiografi/Angiography/血管造影

Pemindaian MRI/MRI scan/MR I 検査

Sebutkan pemeriksaan zat kontras lain/Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査 :

2. Apakah anda pernah mengalami reaksi merugikan setelah pemeriksaan?

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

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

Ruam/Rash/発疹

Gatal/Itchiness/かゆみ

Mual/Nausea/吐き気

Muntah/Vomiting/嘔吐

Sakit kepala/Headache/頭痛

Lainnya /Others/その他 ()

3. Apakah anda pernah merasa tidak enak badan setelah konsumsi obat atau injeksi/suntik?

/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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

Nama obat/Name of medication(s)/薬品名 :

4. Apakah anda pernah didiagnosa 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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

5. Apakah anda memiliki alergi atau penyakit alergi?/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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

Urtikaria/Hives/じんましん

Dermatitis atopik/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

Rhinitis alergi/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

Alergi obat/Drug allergy/薬のアレルギー

(Nama obat/Name of medication(s)/薬剤名)

Alergi makanan/Food allergy/食物のアレルギー

(Nama makanan/Name of food(s)/食物名)

Lainnya /Others /その他 ()

6. Apakah anda pernah didiagnosa gangguan fungsi ginjal (gagal ginjal, dsb.)?

/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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

7. Apakah anda pernah didiagnosa hipertiroid (penyakit Graves, dll.), myeloma, makroglobulinemia, tetani, atau 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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

Jika iya, centak kotak yang sesuai./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。

Hipertiroid (Penyakit Graves)/ Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)

Myeloma/Myeloma/骨髄種

Makroglobulinemia/Macroglobulinemia/マクログロブリン血症

Tetani/Tetany/テタニー

Pheochromocytoma /Pheochromocytoma/褐色細胞腫

Penyakit jantung berat/Severe heart disease/重い心臓の病気

Penyakit hati berat/Severe liver disease/重い肝臓の病気

8. Apakah anda sedang mengonsumsi obat diabetes?/Are you taking diabetic medications?

/糖尿病の薬を飲んでいますか。

* Apabila anda sedang mengonsumsi obat anti-diabetes biguanid, anda perlu untuk berhenti menggunakan selama waktu tertentu.

/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。

Tidak/No/いいえ

Iya/Yes/はい

Nama obat(-obat)/Name of medication(s)/薬品名 :

9. Berapa berat badan anda?/What is your weight?/体重をお書きください。

(kg/kg)

患者氏名 :
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

10. Apakah anda sedang hamil atau kemungkinan sedang hamil?/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。

Tidak/No/いいえ

Tidak tahu /Do not know/わからない

Iya/Yes/はい

Bulan kehamila/Weeks of pregnancy/週数 :

* Harap diperhatikan bahwa media kontras dapat tidak digunakan. Penggunaan media kontras tergantung dengan keputusan dokter dan petugas radiologis yang bertugas.

/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.

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.