

患者氏名 :
患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

कन्ट्रास्ट-वर्धित CT को लागि मेडिकल प्रश्नावली
Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT
造影CT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	लिङ्ग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男	<input type="checkbox"/> महिला /Female/女

कन्ट्रास्ट-बढाइएको CT स्क्यान गर्नु अघि, हामी तपाईंको शारीरिक अवस्थाको मूल्याङ्कन गर्न चाहन्छौं। कृपया निम्न प्रश्नहरूको जवाफ दिनुहोस्:

/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。

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

1. के तपाईंले कहिल्यै कन्ट्रास्ट मिडिया (IV इन्जेक्सन वा ड्रिप) प्रयोग गरेर परीक्षण गर्नुभएको छ?

/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

सीटी स्क्यान/CT scan/C T 検査

युरोग्राफी/Urography/尿路造影

कोलान्जियोग्राफी/Cholangiography/胆道造影

एन्जियोग्राफी/Angiography/血管造影

MRI स्क्यान /MRI scan/MR I 検査

कृपया अन्य कन्ट्रास्ट-परिष्कृत परीक्षणहरू निर्दिष्ट गर्नुहोस् /Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査:

2. के तपाईंलाई परीक्षण पछि कुनै प्रतिकूल प्रतिक्रिया छ?

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

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

दाग/Rash/発疹

चिलाउने/Itchiness/かゆみ

वाकवाकी/Nausea/吐き気

वान्ता/Vomiting/嘔吐

टाउको दुखाइ/Headache/頭痛

अन्य (हरू) /Others/その他 ()

3. के तपाईंले औषधि खाएपछि वा सुई लगाएपछि अस्वस्थ महसूस गर्नुभएको छ?

/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。

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

औषधि(हरू) को नाम/Name of medication(s)/薬品名 :

4. के तपाईंलाई कहिल्यै दमको भएको छ?/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

5. के तपाईंलाई कुनै एलर्जी वा एलर्जी रोग छ?/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

पित्तहरू /Hives/じんましん

एटोपिक डर्मेटाइटिस/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

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

ड्रग एलर्जी /Drug allergy/薬のアレルギー

औषधि(हरू) को नाम /Name of medication(s)/薬剤名)

खाना एलर्जी/Food allergy/食物のアレルギー

(खाना(हरू) को नाम/Name of food(s)/食物名)

अन्य(हरू)/Others /その他 ()

6. के तपाईंलाई कहिल्यै भनिएको छ कि तपाईंको मृगौला कार्य बिग्रिएको छ (मृगौला फेल, आदि)?

/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

7. के तपाईंलाई हाइपरथायराइडिज्म (ग्रेभ्स रोग, आदि), माइलोमा, म्याक्रोग्लोबुलिनेमिया, टेटानी, वा फेओक्रोमोसाइटोमा भएको छ?

/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。

छैन/No/いいえ

छ/ यदि छ भने, तपाईंलाई लागू हुने बाक्स (हरू) मा चिन्ह लगाउनुहोस्/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。

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

- हाइपर थाइराइडिज्म (ग्रेभ्स डिजिज)/Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)
- माइलोमा//Myeloma/骨髄種
- म्याक्रोग्लोबुलिनेमिया//Macroglobulinemia/マクログロブリン血症
- टेटानी//Tetany/テタニー
- फेओक्रोमोसाइटोमा/Pheochromocytoma/褐色細胞腫
- गम्भीर हृदय रोग /Severe heart disease/重い心臓の病気
- गम्भीर कलेजो रोग /Severe liver disease/重い肝臓の病気

8. के तपाईं मधुमेहको औषधि खाँदै हुनुहुन्छ?/Are you taking diabetic medications?

/糖尿病の薬を飲んでいませんか。

* यदि तपाईं बिगुआनाइड एन्टि-मधुमेह औषधिहरू लिइरहनुभएको छ भने, तपाईंले निश्चित समयको लागि औषधि लिन रोक्न आवश्यक छ।

/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

औषधि(हरू) को नाम/Name of medication(s)/薬品名 :

9. तपाईंको तौल कति छ?/What is your weight?/体重をお書きください。

(केजी/kg)

10. के तपाईं हाल गर्भवती हुनुहुन्छ वा सम्भवतः गर्भवती हुनुहुन्छ?/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。

छैन/No/いいえ

थाहा छैन/Do not know/わからない

छ/Yes/はい

गर्भावस्था को हप्ताहरू/Weeks of pregnancy/週数 :

* कृपया ध्यान दिनुहोस् कि कन्ट्रास्ट मिडिया प्रयोग गर्न सकिँदैन। कन्ट्रास्ट मिडियाको प्रयोग सीटी स्क्यानको प्रभारी डाक्टर वा रेडियोलोजिस्टमा निर्भर गर्दछ।/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.

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