

患者氏名 :  
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

## แบบสอบถามการตรวจ CT /Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT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	

การตรวจสภาพร่างกายของคุณก่อนทำการทดสอบโดยใช้สารทึบแสง กรุณาตอบคำถามด้านล่าง:

/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。以下の質問に教えてください。

โปรดตรวจสอบทุกข้อที่เกี่ยวข้อง/Please check all that apply. /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 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。**

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

การตรวจ CT/CT scan/C T 検査

ระบบทางเดินปัสสาวะ/Urography/尿路造影

ท่อน้ำดี/Cholangiography/胆道造影

การตรวจหลอดเลือด/Angiography/血管造影

การตรวจ MRI/MRI scan/MR I 検査

การตรวจความคมชัดอื่น ๆ/Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査:

2. คุณเคยพบผลข้างเคียงใด ๆ ในขณะนั้นหรือไม่?

**/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

ผื่นคัน/Rash/発疹

คัน/Itchiness/かゆみ

คลื่นไส้/Nausea/吐き気

อาเจียน/Vomiting/嘔吐

ปวดศีรษะ/Headache/頭痛

อื่นๆ/Others/その他 ( )

3. คุณเคยรู้สึกไม่สบายเนื่องจากการกินยาหรือยาฉีดหรือไม่?

**/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。**

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

ชื่อยา/Name of medication(s)/薬品名:

4. คุณเคยได้รับแจ้งว่าคุณเป็นโรคหอบหืดหรือไม่?/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。**

ไม่เคย/No/いいえ

患者氏名 :  
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

เคย/Yes/はい

5. 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。

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

ลมพิษ/Hives/じんましん

โรคผิวหนัง/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 ( )

6. คุณเคยได้รับแจ้งว่าไตของคุณทำงานผิดปกติ (เช่น ไตวาย) หรือไม่?/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。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

7. คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดๆ ต่อไปนี้หรือไม่: ภาวะไทรอยด์ทำงานเกิน (เช่น โรคเกรฟส์), ไมอีโดมา, แมคโครโกลบูลินิเมีย, บาดทะยัก หรือฟีโอโครโมไซโตมา

/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。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

หากคุณตอบว่า "ใช่" โปรดทำเครื่องหมาย☑ในช่องด้านล่างที่เกี่ยวข้องกับคุณ/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。

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

ไมอีโดมา/Myeloma/骨髄種

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

เททानी/Tetany/テタニー

เนื้ออกต่อมหมวกไต/Pheochromocytoma/褐色細胞腫

โรคหัวใจร้ายแรง/Severe heart disease/重い心臓の病気

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

8. คุณใช้ยาโรคเบาหวานหรือไม่?/Are you taking diabetic medications?

/糖尿病の薬を飲んでいませんか。

\* หากคุณกำลังใช้ยา biguanides เพื่อรักษาโรคเบาหวาน คุณจะต้องหยุดรับประทานยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง

/If you are taking biguanide anti-diabetic medications, you will need to stop taking the medication for a specific length of time.

/ビッ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。

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

患者氏名 :  
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

ชื่อยา/Name of medication(s)/薬品名 :

9. กรุณาเขียนน้ำหนัก /What is your weight?/体重をお書きください。

( กิโล/kg)

10. กำลังตั้งครรภ์หรืออาจจะตั้งครรภ์หรือไม่? /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。

ไม่ใช่/No/いいえ

ไม่ทราบ/Do not know/わからない

ใช่/Yes/はい

จำนวนสัปดาห์/Weeks of pregnancy/週数 :

\*แพทย์ที่รับผิดชอบการตรวจ กรุณาทราบว่าไม่สามารถใช้สื่อคอนทราสต์ตามดุลยพินิจของนักรังสีวิทยา

/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.

การแปลฉบับนี้จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายหรือนักทออื่น  
เมื่อมีความแตกต่างในการตีความเนื่องจากความแตกต่างเล็กน้อยในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับภาษาญี่ปุ่นต้นฉบับ