

患者氏名 :  
患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

## **Bảng câu hỏi y tế cho CT tăng cường độ tương phản** **/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査 問診票**

<b>Tên bệnh nhân</b> /Patient name /患者氏名						
<b>Ngày sinh /Date of birth</b> /生年月日	Năm /Year/年 Tháng /Month/月 Ngày /Day/日	<b>Tuổi /Age</b> /年齢	Tuổi /years old/歳	<b>Giới tính</b> /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Nam /Male/男	<input type="checkbox"/> Nữ /Female/女

Trước khi thực hiện chụp CT tăng cường độ tương phản, chúng tôi muốn đánh giá tình trạng thể chất của bạn. Hãy trả lời những câu hỏi sau đây:

/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。

Vui lòng kiểm tra tất cả những gì áp dụng /Please check all that apply. /あてはまるものにチェックしてください。

### **1. Bạn đã bao giờ khám bằng thuốc cản quang (tiêm IV hoặc nhỏ giọt) chưa?**

**/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。**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

chụp CT /CT scan/CT検査

Chụp tiết niệu /Urography/尿路造影

Chụp đường mật /Cholangiography/胆道造影

Chụp động mạch /Angiography/血管造影

Quét MRI /MRI scan/MRI検査

Xin nêu rõ các thăm khám nâng cao độ tương phản khác /Please specify other contrast-enhanced examinations

/その他の造影検査:

### **2. Bạn có phản ứng bất lợi nào sau khi khám không?**

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

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

phát ban /Rash/発疹

Ngứa /Itchiness/かゆみ

Buồn nôn /Nausea/吐き気

Nôn mửa /Vomiting/嘔吐

Đau đầu /Headache/頭痛

Khác /Others/その他 ( )

### **3. Bạn có bao giờ cảm thấy không khỏe sau khi uống thuốc hoặc tiêm thuốc không?**

**/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。**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Tên thuốc /Name of medication(s)/薬品名:

### **4. Bạn đã bao giờ được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn chưa?/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。**

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

患者氏名 :  
患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

**5. Bạn có bị dị ứng hay bệnh dị ứng gì không?/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。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

phát ban /Hives/じんましん

Viêm da dị ứng /Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

Viêm mũi dị ứng /Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

Dị ứng thuốc /Drug allergy/薬のアレルギー

(Tên thuốc /Name of medication(s)/薬剤名 )

Dị ứng thực phẩm /Food allergy/食物のアレルギー

(Tên món ăn /Name of food(s)/食物名 )

Khác /Others /その他 ( )

**6. Bạn đã bao giờ được thông báo rằng chức năng thận của bạn bị suy giảm (suy thận, v.v.) chưa?/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。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

**7. Bạn đã bao giờ được chẩn đoán mắc bệnh cường giáp (bệnh Graves, v.v.), u tủy, macroglobulinemia, tetany hoặc pheochromocytoma chưa?**

/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。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Nếu có, hãy đánh dấu vào (các) hộp áp dụng cho bạn./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。

Bệnh cường giáp (bệnh Graves)/Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)

u tủy /Myeloma/骨髄種

Macroglobulin máu /Macroglobulinemia/マクログロブリン血症

Tetany /Tetany/テタニー

U tủy thượng thận/Pheochromocytoma/褐色細胞腫

Bệnh tim nặng /Severe heart disease/重い心臓の病気

Bệnh gan nặng/Severe liver disease/重い肝臓の病気

**8. Bạn đang dùng thuốc trị tiểu đường?/Are you taking diabetic medications?**

/糖尿病の薬を飲んでいますか。/

\* Nếu bạn đang dùng thuốc trị tiểu đường biguanide, bạn sẽ cần ngừng dùng thuốc trong một khoảng thời gian cụ thể.

/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。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Tên thuốc/Name of medication(s)/薬品名 :

**9. Cân nặng của bạn là bao nhiêu?/What is your weight?/体重をお書きください。**

( kg/kg)

**10. Bạn hiện đang mang thai hoặc có thể đang mang thai?**

患者氏名 :  
患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

/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。

Không /No/ いいえ

Không biết /Do not know/ わからない

có /Yes/ はい

Tuần mang thai /Weeks of pregnancy/ 週数 :

\* Phương tiện tương phản có thể không có sẵn. Việc sử dụng chất cản quang tùy thuộc vào bác sĩ hoặc bác sĩ X quang phụ trách chụp CT.

/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.

Tài liệu này được soạn thảo dưới sự giám sát của các bác sĩ, chuyên gia pháp lý, v.v.. Trong trường hợp có sự khác biệt trong cách giải thích do sự khác biệt về ngôn ngữ hoặc hệ thống giữa Nhật Bản và các quốc gia khác thì tiếng Nhật sẽ được ưu tiên.