

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

استبيان طبي حول التصوير المقطعي المحوسب المعزز بمادة التباين

/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査問診票

					اسم المريض /Patient Name /患者氏名		
					تاريخ الميلاد /Date of Birth /生年月日		
☐ أنثى/Female/女	☐ ذكر/Male/男	الجنس /Sex/性別	عَامًا /Years old/ 歳	العمر /Age/年齢	سنة /Year/年	شهر /Month/月	يوم /Day/日

قبل إجراء فحص التصوير المقطعي المحوسب المعزز بمادة التباين، نود تقييم حالتك الصحية. يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية:

/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。

1. هل سبق لك إجراء فحص باستخدام مواد التباين (مثل الحقن الوريدي أو التقطير الوريدي)؟
/Please check all that apply. /あてはまるものにチェックしてください。

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

☐ CT scan/尿路造影 /محوسب مقطعي تصوير فحص
☐ Cholangiography/胆道造影 /الصفراوية الأوعية تصوير

☐ Urography/ C T検査 /البولي الجهاز تصوير
☐ Angiography/ 血管造影 /الدموية الأوعية تصوير

☐ MRI scan/MR I 検査 /المغناطيسي بالرنين التصوير

/Please specify other contrast-enhanced examinations/その他の造影検査：
☐ التباين بمادة معززة أخرى فحوصات أي تحديد يُرجى

2. الفحص؟ بعد جانبية آثار أي واجهت هل

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

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

☐ Rash/発疹 /جلدي طفح

☐ Itchiness/かゆみ /حكة

☐ Nausea/吐き気 /غثيان

☐ Vomiting/嘔吐 /تقيؤ

☐ Headache/頭痛 /صداع

☐

☐ Others/その他 /أخرى أعراض

3. هل شعرت يوماً بتوعك بعد تناول دواء أو حقنة؟

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

Name of medication(s)/薬品名: (الأدوية)

4. بالربو؟ تشخيصك سبق هل

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

5. تحسسية؟ أمراض أو حساسية أي من تعاني هل

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

☐ Hives/じんましん /شرى

☐ Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎 /تأثبي جلدي التهاب

☐ Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎 /التحسسي الأنف مخاطية التهاب

(Name of medication(s)/薬剤名) (اسم الدواء(الأدوية)

(Name of food(s)/食物名) (اسم الطعام (الأطعمة)

☐ Drug allergy/薬のアレルギー (حساسية دوائية

☐ Food allergy/食物のアレルギー (حساسية الطعام

6. هل سبق أن أبلغت بضعف وظائف الكلى لديك (فشل كلوي، إلخ)؟

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

7. هل سبق تشخيص إصابتك بفرط نشاط الغدة الدرقية (داء غريفز، إلخ)، أو الورم النقيي، أو داء الغلوبولين الكبروي، أو التكرز، أو ورم القواتم؟

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

إذا كانت الإجابة "نعم"، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي ينطبق على حالتك.

/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 (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症（バセドウ病）

☐ Myeloma/骨髄腫

☐ Macroglobulinemia/マクログロブリン血症

☐ Tetany/テタニー

☐ Pheochromocytoma/褐色細胞腫

☐ Severe heart disease/重い心臓の病気

☐ Severe liver disease/重い肝臓の病気

8. Are you taking diabetic medications?/糖尿病の薬を飲んでいますか。8.

* إذا كنت تتناول أدوية مضادة لمرض السكري من فئة البيغوانيدات، فيجب عليك التوقف عن تناول الدواء لفترة زمنية محددة.

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

Name of medication(s)/薬品名 (اسم الدواء(الأدوية)) :

9. What is your weight?/体重をお書きください。9.

(كجم/kg)

10. هل أنت حامل حاليًا أو من المحتمل أن تكوني حاملًا؟

/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。

☐ لا /No/いいえ

☐ Do not know/わからない

☐ نعم /Yes/はい

Weeks of pregnancy/週数 : أسابيع الحمل

* يُرجى العلم بأنه يُمنع استخدام مواد التباين. يُترك استخدام مواد التباين للطبيب أو أخصائي الأشعة المسؤول عن إجراء فحص التصوير المقطعي المحوسب.

/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。