แบบสอบถามการทดสอบ MRI **/Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI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** | □ชาย  /Male/男 | □หญิง  /Female/女 |

ก่อนทำการตรวจ MRI เราจะตรวจสอบสภาพร่างกายของคุณก่อน โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ เท่าทีคุณตอบได้

/Prior to performing an MRI scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.

/MRI 検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

# 1. กรุณาตรวจสอบสิ่งที่ตรงกับเงื่อนไข/Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ไม่มี  /No  /なし | มี  /Yes  /あり | เนื้อหา/Contents/内容 |
| □ | □ | เครื่องกระตุ้นหัวใจ/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー |
| □ | □ | หนีบเส้นเลือดในสมองเมื่อมามากกว่า 20 ปี/Cerebral artery clip placed over 20 years ago/20年以上前の脳動脈クリップ |
| □ | □ | อุปกรณ์ฝังในร่างกาย (ICD หูชั้นในเทียมอุปกรณ์กระตุ้นประสาทอื่น ๆ )  /Implanted medical devices (ICD, cochlear implant, nerve stimulator, other)  /体内埋め込み装置（ICD・人工内耳・神経刺激装置・その他） |
| □ | □ | ตาเทียมแบบเคลื่อนย้ายได้/Movable artificial eye/可動型義眼 |
| □ | □ | เครื่องขยายเต้านม/Breast expander/乳房エキスパンダー |
| □ | □ | สเปรย์เพิ่มขน, คอนแทคเลนส์สี (ห้ามใช้ในวันนั้น)  /Hair growth spray, color contact lenses (Do not use them on the day of examination)  /増毛スプレー・カラーコンタクト（当日は使用しないでください） |
| □ | □ | มาสคาร่าและเครื่องสำอางกลิตเตอร์ (ห้ามใช้ในวันนั้น)  /Mascara・cosmetic products containing glitter particles (Do not use them on the day of examination)  /マスカラ・ラメ入り化粧品（当日は使用しないでください） |
| □ | □ | มีโลหะในร่างกาย/Implanted metal in the body/体内金属がある  （เมื่อไร?/When?/時期　　　　　　　　　บริเวณ/Site/部位　　　　　　　　　　　　） |
| □ | □ | กำลังตั้งครรภ์ หรืออาจจะตั้งครรภ์/Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある  （กำลังตังครรภ์/Currently pregnant/現在妊娠： 　 สัปดาห์/Weeks of pregnancy/週） |
| □ | □ | มีรอยสัก/แต่งหน้าถาวร/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある  （บริเวณ/Site/部位：　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | □ | กำลังจัดฟันหรือใช้ฟันปลอมแบบแม่เหล็ก  /Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures  /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中 |
| □ | □ | ใช้วิกผม/Hairpiece/かつら・ウイッグを使用している |
| □ | □ | ทำงานด้านโลหะ/Engaging in metal processing work/金属加工の仕事に従事している |
| □ | □ | โรคกลัวที่แคบ/Claustrophobia/閉所恐怖症である |

# 2. คุณเป็นโรคหอบหืดหรือไม่?/Have you ever been diagnosed with asthma?

# /ぜんそくはありますか。

□ไม่ใช่/No/いいえ

□เคยก่อนหน้านั้น/Previously/以前あった

□ใช่/Yes/はい（อยู่ระหว่างการรักษา/Currently under treatment/現在治療中）

# 3. คุณเคยมีผลข้างเคียงจากยาหรือไม่?

# /Have you ever experienced any adverse reactions to medications?

# /今までに薬で副作用がでたことはありますか。

□ไม่ใช่/No/いいえ

□ใช่/Yes/はい（ชื่อยา/Name of medicine(s)/薬剤名　　　　　　　　　　　　）

# 4. ที่ผ่านมาเคยรับการตรวจ MRI หรือไม่? / Have you ever had an MRI scan before?

# /今までにＭＲI 検査を受けたことがありますか。

□ไม่/No/いいえ

□ใช่/Yes/はい

รับการตรวจเมื่อไร?/When did you have it?/いつ頃受けられましたか。

　　　　ปี/Year/年　　เดือน/Month/月　　วันที่/Day/日

**5.** สภาพการถ่ายภาพ (เวลา ฯลฯ) จะเปลี่ยนไปตามน้ำหนักของคุณ ดังนั้นโปรดระบุน้ำหนักปัจจุบัน

**/Write your current weight. It is necessary to determine the scanning conditions (e.g. the length of inspection).**

/体重により撮影条件（時間など）が変わりますので現在の体重を記入して下さい。

น้ำหนัก/Weight/体 重：　　　　กิโล/㎏

# 6. เฉพาะผู้ที่สามารถรับการตรวจMRIกระดูกเชิงกรานในนรีเวช กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

# /If you are taking a pelvic MRI scan for gynecologic examination, answer the following questions.

# /婦人科領域の骨盤ＭＲＩ検査を受けられる方のみ該当する欄についてお答え下さい。

ลักษณะของภาพจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับรอบประจำเดือน

/The organs images will vary depending on your menstrual cycle./月経周期により画像の見え方が異なります。

**1）ประจำเดือนครั้งสุดท้าย/Last period/最終月経**

　　　　ปี/Year/年　　เดือน/Month/月　　วันที่/Day/日

-　　　　ปี/Year/年　　เดือน/Month/月　　วันที่/Day/日

**2）รอบประจำเดือน/Menstrual cycle/月経周期**

□ปกติ/Regular/順調 □ไม่ปกติ/Irregular/不順

**3）**คุณมีประจําเดือนเจ็บปวดหรือไม่?/**Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。**

□ไม่เท่าไหร่/Almost none/あまりない □เบาบาง/Mild/軽度 □รุนแรง/Severe/強い

**4）**อายุที่หมดประจําเดือน**/Age of menopause/閉経した年齢は？**

อายุ/age/年齢：　　　　ปี/years old/歳

**5）**คุณเคยได้รับการบำบัดด้วยฮอร์โมนหรือไม่?/**Have you ever had hormone therapy?**

**/ホルモン療法を受けたことがありますか。**

□ไม่/No/いいえ

□ใช่/Yes/はい

หากคุณตอบว่า "ใช่" กรุณาทำเครื่องหมาย☑ในช่องด้านล่าง/**If yes, specify the reason for treatment.**

**/「はい」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。**

□ประจำเดือนมีปัญหา/Dysmenorrhea/月経困難

□ไม่มีการตั้งครรภ์/Infertility/不妊

□อื่นๆ/Others/その他( )

อื่นๆ**/Other precautions/その他**

●หากคุณมีเครื่องกระตุ้นหัวใจ, ICD หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์แบบฝังอื่นๆ โปรดตรวจสอบกับแพทย์ล่วงหน้าเพื่อดูว่าสามารถทำการทดสอบ MRI ได้หรือไม่

/If you have an implanted cardiac pacemaker, ICD or other implantable medical devices, check with your doctors beforehand whether you are able to take an MRI scan.

/ ペースメーカやICD、その他体内埋め込み型の医療機器がある場合には、MRI 検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

●ห้ามนำสิ่งของต่อไปนี้เข้าห้องตรวจ

/You cannot bring the following items into the examination room.

/次のものは検査室内に持ち込めません。

เครื่องประดับโลหะ (สร้อยคอ ต่างหู กิ๊บติดผม ที่คาดผม แหวน ฯลฯ)

/Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)

/金属アクセサリー（ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など）

แว่นตา/คอนแทคเลนส์ คอร์เซ็ท ฟันปลอม

/Glasses, contact lenses, corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

บัตรแม่เหล็ก/บัตร IC (บัตรโดยสารประจำ บัตรธนาคาร ฯลฯ)

/Magnetic cards, IC cards (commuter passes, magnetic bank cards, etc.)

/磁気カード・ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）

ผลิตภัณฑ์โลหะอื่นๆ (กุญแจ เครื่องช่วยฟัง เครื่องนับก้าว นาฬิกา โทรศัพท์มือถือ ฯลฯ)

/Other metal objects (keys, hearing aids, pedometers, watches, cellular phones, etc.)

/その他の金属製品（鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など）

HEATTECH เครื่องอุ่นร่างกาย รถตู้/เครื่องประคบไฟฟ้า ไนโตรเดิร์ม สติกเกอร์ช่วยเลิกบุหรี่

/Thermal clothing, disposable body warmers, magnetic plasters, wet compresses, *Nitroderm*, non-smoking patches

/ヒートテック、カイロ、エレキバン・湿布、ニトロダーム、禁煙補助シール

●หากคุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเรื่องข้างต้น โปรดติดต่อช่างเทคนิคที่รับผิดชอบการตรวจ

/If you have any questions, please ask the technician in charge.

/上記で何かご質問等があれば、検査担当技師におたずね下さい。

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.

การแปลฉบับนี้จัดทําขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายหรือบุคคลอื่น เมื่อมีความแตกต่างในการตีความเนื่องจากความแตกต่างเล็กน้อยในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้อง

ควรให้ความสําคัญกับภาษาญี่ปุ่นต้นฉบับ