

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI検査 問診票

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

نود تقييم حالتك الصحية، قبل إجراء فحص الرنين المغناطيسي. يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية حسب علمك.
/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. /Please check all that apply./ یرجى تحديد جميع ما ينطبق /あてはまるものにチェックしてください。

المحتويات /Contents/ 内容	نعم /Yes /あり	لا /No /なし
منظم ضربات القلب /Cardiac pacemaker/ 心臓ペースメーカー	☐	☐
مشبك شريان دماغي مُنبت منذ أكثر من 20 عامًا /Cerebral artery clip placed over 20 years ago/ 20 年以上前の脳動脈クリップ	☐	☐
أجهزة طبية مزروعة (جهاز تقويم نظم القلب، أو زرع قوطني، جهاز تنبيه العصب، وغيرها) /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)	☐	☐
عين اصطناعية متحركة /Movable artificial eye/ 可動型義眼	☐	☐
موسع الثدي /Breast expander/ 乳房エキスパンダー	☐	☐
بخاخ نمو الشعر، أو العدسات اللاصقة الملونة (یرجى عدم استخدامها يوم الفحص) /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)	☐	☐
الماسكارا • مستحضرات التجميل التي تحتوي على جزيئات لامعة (یرجى عدم استخدامها يوم الفحص) /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)	☐	☐
معادن مزروعة في الجسم /Implanted metal in the body/ 体内金属がある (المكان /Site/ 部位) /أين توجد؟ /When?/ 時期	☐	☐
الحمل أو احتمال الحمل /Pregnancy or possibly pregnant/ 妊娠または妊娠の可能性がある (أسابيع الحمل) /Weeks of pregnancy/ 週 /حامل حاليًا /Currently pregnant/ 現在妊娠:	☐	☐
تاتو، المكياج الدائم /Tattoos, permanent makeup/ 刺青・アートメイクがある (المكان /Site/ 部位:)	☐	☐
علاج تقويم الأسنان الحالي، أو الاستخدام الحالي لأطقم الأسنان المغناطيسية /Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中	☐	☐
شعر مستعار /Hairpiece/ かつら・ウィッグを使用している	☐	☐
الانخراط في أعمال معالجة المعادن /Engaging in metal processing work/ 金属加工の仕事に従事している	☐	☐
رهاب الأماكن المغلقة /Claustrophobia/ 閉所恐怖症である	☐	☐

2. /Have you ever been diagnosed with asthma?/ ぜんそくはありますか。

☐ لا /No/ いいえ

☐ سابقًا /Previously/ 以前あった

☐ نعم /Yes/ はい (أخضع العلاج حاليًا) /Currently under treatment/ 現在治療中

3. هل سبق لك التعرض لأي آثار جانبية بسبب الأدوية؟

/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。

☐ لا /No/ いいえ

☐ نعم /Yes/ はい (اسم الدواء/الأدوية) /Name of medicine(s)/ 薬剤名

4. /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。

☐ لا /No/ いいえ

☐ نعم /Yes/ はい

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

يوم/Day/日 شهر/Month/月 سنة/Year/年

5. اكتب وزنك الحالي. من الضروري تحديد ظروف الفحص (مثل مدة الفحص).

/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。

الوزن /Weight/ 体重: /kg

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

6. إذا كنت ستخضعين لفحص الحوض بالرنين المغناطيسي لإجراء فحص أمراض النساء، فأجبني على الأسئلة التالية.

/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。

ستختلف صور الأعضاء باختلاف دورتك الشهرية. /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。

آخر دورة شهرية /Last period/最終月経 (1)

سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 to سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日

الدورة الشهرية /Menstrual cycle/月経周期 (2)

☐ منتظمة /Regular/順調 ☐ غير منتظمة /Irregular/不順

هل تعاني من عسر الطمث(ألم الدورة الشهرية)? /Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。 (3)

☐ شديد/Severe/強い ☐ خفيف/Mild/軽度 ☐ لا يوجد تقريباً /Almost none/あまりない

سن انقطاع الطمث /Age of menopause/閉経した年齢は? (4)

العمر /age/年齢: عاماً /years old/歳

هل سبق لك تلقي علاج هرموني? /Have you ever had hormone therapy? /ホルモン療法を受けたことがありますか。 (5)

☐ لا /No/いいえ

☐ نعم /Yes/はい

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。

☐ عسر الطمث /Dysmenorrhea/月経困難

☐ العقم /Infertility/不妊

☐ (أخرى /Others/その他)

احتياطات أخرى /Other precautions/その他

● إذا كان لديك منظم ضربات قلب أو جهاز تقويم نظم القلب مزروع أو أي جهاز طبي آخر قابل للزرع، فاستشر طبيبك مسبقاً لمعرفة ما إذا كان بإمكانك إجراء فحص بالرنين المغناطيسي.

/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.

/ペースメーカーや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。

● 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。

الإكسسوارات المعدنية (القلائد، أو الأقراط المثقوبة، أو دبائيس الشعر، أو عصابات الرأس، أو الخواتم، إلخ)

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

/金属アクセサリ (ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など)

النظارات، أو العدسات اللاصقة، أو المشد الطبي، أو أطقم الأسنان

/Glasses, contact lenses, corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

البطاقات المغناطيسية، أو بطاقات الدوائر المتكاملة (IC) (تصاريح التنقل، أو البطاقات المصرفية المغناطيسية، إلخ)

/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)

الأغراض المعدنية الأخرى (المفاتيح، أو مُعينات السمع، أو عدادات الخطوات، أو الساعات، أو الهواتف المحمولة، إلخ)

/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)

الملابس الحرارية، أو أجهزة تدفئة الجسم التي تُستخدم لمرة واحدة، أو اللصقات المغناطيسية، أو الكمادات المبللة، أو نيترو ديرم، أو لصقات المساعدة في الإقلاع عن التدخين

/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

● إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى طرحها على الأخصائي المسؤول.

/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。

أُعِت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

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.

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。