**Medikal na Talatanungan para sa Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)**

**/Medical Questionnaire for Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)/造影MRI検査 問診票**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pangalan ng pasyente****/Patient name****/患者氏名** |  |
| **Araw ng kapanganakan****/Date of birth****/生年月日** | Taon/Year/年Buwan/Month/月Araw/Day/日 | **Edad****/Age****/年齢** | taong gulang/years old/歳 | **kasarian****/Sex****/性別** | □Lalaki/Male/男 | □Babae/Female/女 |

Bago magsagawa ng contrast-enhanced MRI scan, gusto naming suriin ang iyong pisikal na kondisyon.

/Prior to performing a contrast-enhanced MRI scan, we would like to evaluate your physical condition.

/造影MRI 検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します

Mangyaring sagutin ang mga tanong sa ibaba sa abot ng iyong kaalaman.

/Please answer the questions below to the best of your knowledge.

/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。

\* Pakitandaan na maaaring hindi gumamit ng contrast medium batay sa desisyon ng radiologist

/Please note that a contrast medium may not be used based on the decision of the radiologist

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。

Pakilagyan ng check ang mga kahon na naaangkop sa iyo./Please check the boxes that apply to you.

/あてはまるものにチェックしてください。

# 1. Nakaranas ka na ba ng pagsusuri gamit ang contrast media (IV injection o drip)?

# /Have you ever had 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。

□Ніndi/No/いいえ

□Oo/Yes/はい

Kung oo, lagyan ng tsek ang (mga) kahon na nagsasaad ng (mga) pagsusulit na mayroon ka. (Posible ang maraming sagot.)

/If yes, check the box(es) indicating the examination(s) you had. (Multiple answers are possible.)

/「はい」に☑された方は、下記に受けたことのある検査に☑してください。（複数可）

□ CT scan/CT scan/CT検査 □МRI scan/MRI scan/MRI 検査 □Urography/Urography/尿路造影

□Cholangiography/Cholangiography/胆道造影 □Angiography/Angiography/血管造影

□Cholecystography/Cholecystography/胆嚢造影

# 2. Mayroon ka bang anumang masamang reaksyon pagkatapos ng eksaminasyon?/Did you have any adverse reactions after the examination?

# /その時、副作用はありましたか。

□Hindi/No/いいえ

□Oo/Yes/はい

Kung oo, lagyan ng check ang (mga) kahon na nagsasaad ng (mga) sintomas na mayroon ka. (Posible ang maraming sagot.)

/If yes, check the box(es) indicating the symptom(s) you had. (Multiple answers are possible.)

/「はい」に☑された方は、下記に出たことのある副作用に☑してください。（複数可）

□Pantal/Rash/発疹 □Pangangati/Itchiness/かゆみ

□Pagduduwal/Nausea/吐き気 □Pagsusuka/Vomiting/嘔吐

□Sakit ng ulo/Headache/頭痛 □Iba/Others /その他（ ）

# 3. Na-diagnose ka na ba na may asthma?/Have you ever been diagnosed with asthma?

# /今までに喘息（ぜんそく）と言われた事ありますか。

□Ніndi/No/いいえ

□Oo/Yes/はい

# 4. Mayroon ka bang anumang allergy o allergic na sakit?/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。

□ Hindi/No/いいえ

□Oo/Yes/はい

Kung oo, lagyan ng check ang (mga) kahon na naaangkop sa iyo.

/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。

□Mga pantal/Hives/じんましん

□Atopic dermatitis/Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

□Allergic rhinitis/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

□Allergy sa gamot/Drug allergy/薬のアレルギー

（Pangalan ng (mga) gamot/Name of medication(s)/薬剤名　　　　　　　）

□Allergy sa pagkain/Food allergy/食物のアレルギー

（Pangalan ng (mga) pagkain/Name of food(s)/食物名　　　　　　）

□Iba/Others/その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

# 5. Na-diagnose ka na ba sa alinman sa mga sumusunod na sakit?

# /Have you ever been diagnosed with any of the following diseases?/以下の病気といわれたことがありますか。

□Ніndi/No/いいえ

□Oo/Yes/はい

Kung oo, lagyan ng check ang (mga) kahon na naaangkop sa iyo. /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。

□Malubhang sakit sa atay/Severe liver disease/重い肝臓の病気

□Malubhang sakit sa bato/Severe renal disease/重い腎臓の病気

# 6. Nakaranas ka na ba ng alinman sa mga sumusunod na operasyon o paggamot?

# /Have you ever had any of the following surgeries or treatment?/下表の手術や処置を受けたことがありますか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ніndi/No/なし | Oo/Yes/あり | Mga nilalaman/Contents/内容 |
| □ | □ | Pacemaker ng puso/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー |
| □ | □ | Cerebral artery clip na inilagay mahigit 20 taon na ang nakakaraan/Cerebral artery clip placed over 20 years ago/20年以上前の脳動脈クリップ |
| □ | □ | Mga naka-implant na kagamitang medikal (ICD, cochlear implant, nerve stimulator, iba pa)/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） |
| □ | □ | Nagagalaw na artipisyal na mata/Movable artificial eye/可動型義眼 |
| □ | □ | Pampalawak ng dibdib/Breast expander/乳房エキスパンダー |
| □ | □ | Spray ng paglago ng buhok, contact lens ng kulay (Huwag gamitin ang mga ito sa araw ng pagsusuri)/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） |
| □ | □ | Mascara・mga produktong kosmetiko na naglalaman ng mga kumikinang na particle (Huwag gamitin ang mga ito sa araw ng pagsusuri)/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） |
| □ | □ | Nakatanim na metal sa katawan/Implanted metal in the body/体内金属がある（Kailan?/When?/時期　　　　　　　　　Bahagi/Site/部位　　　　　　　　　　　　） |
| □ | □ | Nagbubuntis o posibleng buntis/Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある（Kasalukuyang buntis/Currently pregnant/現在妊娠： Mga linggo ng pagbubuntis/Weeks of pregnancy/週） |
| □ | □ | Mga tattoo, permanenteng pampaganda/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある（Parte/Site/部位：　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | □ | Kasalukuyang orthodontic treatment, kasalukuyang paggamit ng magnetic na pustiso/Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures/歯を矯正中・マグネット義歯を使用中 |
| □ | □ | Hairpiece/Hairpiece/かつら・ウイッグを使用している |
| □ | □ | Nakikibahagi sa gawaing pagproseso ng metal/Engaging in metal processing work/金属加工の仕事に従事している |
| □ | □ | Claustrophobia/Claustrophobia/閉所恐怖症である |

# 7. Isulat ang iyong kasalukuyang timbang. Ito ay kinakailangan upang matukoy ang dosis ng contrast medium.

# /Write your current weight. It is necessary to determine the dose of the contrast medium.

# /造影剤の使用量を決定するために、現在の体重をご記入下さい。

（ kilo/kg）

**Hindi mo maaaring dalhin ang mga sumusunod na bagay sa silid ng pagsusuri.**

**/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。**

Mga aksesoryang metal (mga kuwintas, mga hikaw na may butas, mga pin ng buhok, mga headband, singsing, atbp.)

/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）

Salamin, contact lens, medical corset, pustiso

/Glasses, contact lenses, medical corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Magnetic card, IC card (commuter pass, magnetic bank card, atbp.)

/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）

Iba pang mga bagay na metal (mga susi, hearing aid, pedometer, relo, cellular phone, atbp.)

/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）

Thermal na damit, disposable body warmer, magnetic plaster, wet compresses, *NITRODERM*, non-smoking patch

/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

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.

Ang pagsasaling ito sa Ingles ay inihanda sa ilalim ng pangangasiwa ng mga doktor, eksperto sa batas o iba pa. Kapag mayroong lumitaw na anumang pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng kahulugan sa mga kaugnay na wika o sistema, ang orihinal na Japanese ay bibigyan ng prayoridad.