

患者氏名 :
患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

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	<input type="checkbox"/> Lalaki /Male/男	<input type="checkbox"/> 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。

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

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

MRI 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. (Possible 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。

Hindi/No/いいえ

Oo/Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

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。

- 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。

- 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。

Hindi /No /なし	Oo /Yes /あり	Mga nilalaman/Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacemaker ng puso/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nagagalaw na artipisyal na mata/Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pampalawak ng dibdib/Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nagbubuntis o posibleng buntis/Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性 (Kasalukuyang buntis/Currently pregnant/現在妊娠 : Mga linggo ng pagbubuntis/Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mga tattoo, permanenteng pampaganda/Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Parte/Site/部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hairpiece/Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrophobia/Claustrophobia/閉所恐怖症である

