**Kuesioner medis untuk kontras-enhanced magnetic resonance imaging (MRI)**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nama pasien**  **/Patient name**  **/患者氏名** |  | | | | | |
| **Tanggal lahir**  **/Date of birth**  **/生年月日** | Tahun /Year/年  Bulan /Month/月  Tanggal /Day/日 | **Umur**  **/Age**  **/年齢** | tahun  /years old/歳 | **Jenis kelamin**  **/Sex**  **/性別** | □laki-laki  /Male/男 | □**p**erempuan  /Female/女 |

Sebelum melakukan MRI kontras yang ditingkatkan, kami ingin menilai kondisi fisik Anda.

/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

Harap jawab pertanyaan-pertanyaan berikut sepengetahuan Anda.

/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。

\* Harap dicatat bahwa agen kontras tidak boleh digunakan atas kebijaksanaan ahli radiologi

/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。

Silakan centang kotak yang berlaku untuk Anda./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. Pernahkah Anda melakukan pemeriksaan menggunakan zat kontras (injeksi intravena atau IV)?

# /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。

□Tidak /No/いいえ

□Ya/Yes/はい

Jika demikian, centang kotak untuk ujian mana yang telah Anda jalani. (Beberapa jawaban dimungkinkan.).

/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 □ Pemindaian MRI /MRI scan/MRI 検査　□ Urografi/Urography/尿路造影

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

□ Kolesistografi/Cholecystography/胆嚢造影

# 2. Apakah Anda memiliki reaksi merugikan setelah pemeriksaan?/Did you have any adverse reactions after the examination?

# /その時、副作用はありましたか。

□Tidak/No/いいえ

□Ya/Yes/はい

Jika ya, maka centang atau centang gejala yang Anda miliki. (Beberapa jawaban dimungkinkan).

/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）

□ Ruam /Rash/発疹 □ Gatal /Itchiness/かゆみ

□ Mual /Nausea/吐き気 □ Muntah /Vomiting/嘔吐

□ Sakit kepala /Headache/頭痛 □ Lainnya /Others /その他（ ）

# 3. Apakah Anda pernah didiagnosis menderita asma?/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。

□Tidak/No/いいえ

□Ya/Yes/はい

# 4. Apakah Anda memiliki alergi atau penyakit alergi?/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。

□Tidak/No/いいえ

□Ya/Yes/はい

Jika ya, centang kotak di samping apa yang berlaku untuk Anda.

/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。

□ Urtikaria /Hives/じんましん

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

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

□ Alergi obat /Drug allergy/薬のアレルギー

（Nama obat /Name of medication(s)/薬剤名　　　　　　　）

□ Alergi makanan /Food allergy/食物のアレルギー

（Nama makanan /Name of food(s)/食物名　　　　　　）

□ Lainnya /Others/その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

# 5. Apakah Anda pernah didiagnosis menderita penyakit seperti itu?

# /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。

□Tidak /No/いいえ

□Ya/Yes/はい

Jika ya, centang kotak yang sesuai untuk Anda./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。

□ Penyakit hati yang parah /Severe liver disease/重い肝臓の病気

□ Penyakit ginjal berat /Severe renal disease/重い腎臓の病気

# 6. Apakah Anda pernah menjalani operasi atau perawatan berikut?

# /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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tidak  /No  /なし | Ya  /Yes  /あり | Isi /Contents/内容 |
| □ | □ | Alat pacu jantung /Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー |
| □ | □ | Klip arteri serebral dipasang lebih dari 20 tahun yang lalu  /Cerebral artery clip placed over 20 years ago/20年以上前の脳動脈クリップ |
| □ | □ | Perangkat medis implan (implantable cardioverter defibrillator (ICD), implan koklea, stimulator saraf, dll)  /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） |
| □ | □ | Mata buatan bergerak /Movable artificial eye/可動型義眼 |
| □ | □ | Breast expander /Breast expander/乳房エキスパンダー |
| □ | □ | Semprotan pertumbuhan rambut, lensa kontak berwarna (Jangan menggunakannya pada hari pemeriksaan)  /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） |
| □ | □ | Maskara untuk alis dan bulu mata・kosmetik yang mengandung partikel glitter (Jangan menggunakannya pada hari pemeriksaan)  /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） |
| □ | □ | Logam yang ditanamkan di dalam tubuh /Implanted metal in the body/体内金属がある  （Kapan?/When?/時期　　　　　　　　　Lokasi /Site/部位　　　　　　　　　　　　） |
| □ | □ | Kehamilan atau mungkin hamil /Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある  （Saat ini sedang hamil /Currently pregnant/現在妊娠： 　Minggu kehamilan /Weeks of pregnancy/週） |
| □ | □ | Tato, riasan permanen /Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある  （Lokasi /Site/部位：　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | □ | Perawatan ortodontik saat ini, penggunaan gigi palsu magnetik saat ini  /Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures  /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中 |
| □ | □ | Wig /Hairpiece/かつら・ウイッグを使用している |
| □ | □ | Terlibat dalam pekerjaan pemrosesan logam /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. Tuliskan berat badan Anda saat ini. Ini diperlukan untuk menentukan dosis agen kontras

# /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。

（ kg/kg）

**Barang-barang berikut tidak boleh dibawa ke ruang pemeriksaan.**

**/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。**

Aksesoris logam (kalung, anting-anting, jepit rambut, ikat kepala, cincin, dll.)

/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）

Kacamata, lensa kontak, korset medis, gigi palsu

/Glasses, contact lenses, medical corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Kartu magnetik, kartu IC (tiket komuter, kartu bank magnetik, dll.)

/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）

Benda logam lainnya (kunci, alat bantu dengar, pedometer, jam tangan, ponsel, dll.)

/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）

Pakaian termal, penghangat tubuh sekali pakai, tambalan magnetik, kompres basah, *NITRODERM,* tambalan untuk orang yang berhenti merokok

/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.

Terjemahan bahasa Inggris ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika terdapat perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang yang akan diprioritaskan.