

患者氏名 :  
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

## 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	<input type="checkbox"/> laki-laki /Male/男	<input type="checkbox"/> perempuan /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

患者氏名 :  
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

**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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alat pacu jantung /Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mata buatan bergerak /Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breast expander /Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kehamilan atau mungkin hamil /Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性 (Saat ini sedang hamil /Currently pregnant/現在妊娠 : Minggu kehamilan /Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tato, riasan permanen /Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Lokasi /Site/部位 : )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perawatan ortodontik saat ini, penggunaan gigi palsu magnetik saat ini /Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /歯を矯正中・マグネット義歯使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wig /Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terlibat dalam pekerjaan pemrosesan logam /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

患者氏名 :  
患者ID :

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

**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