

患者氏名 :

患者ID :

ヒンディー/ Hindi/ ヒンディー語

कंट्रास्ट-संवर्धित चुंबकीय अनुनाद इमेजिंग (एमआरआई) के लिए चिकित्सा प्रश्नावली

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

रोगी का नाम /Patient name /患者氏名	वर्ष/Year/年 माह/Month/月 दिन/Day/日	आयु /Age /年齢	वर्ष पुराना /years old/歳	लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男	<input type="checkbox"/> स्त्री /Female/女
जन्मतिथि /Date of birth /生年月日						

कंट्रास्ट-एन्हांस्ड एमआरआई स्कैन करने से पहले, हम आपकी शारीरिक स्थिति का मूल्यांकन करना चाहेंगे।

/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

कृपया अपनी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर दें।/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。

* कृपया दृश्यान दें कि रेडियोलॉजिस्ट के निर्णय के आधार पर कंट्रास्ट माध्यम का उपयोग नहीं किया जा सकता है

/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。

कृपया उन बक्सों की जांच करें जो आप पर लागू होते हैं।

/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. क्या आपने कभी कंट्रास्ट मीडिया (आईवी इंजेक्शन या ड्रिप) का उपयोग करके जांच कराई है?

/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

यदि हां, तो आपकी परीक्षा(परीक्षाओं) को दर्शाने वाले बॉक्स को चेक करें। (एकाधिक उत्तर संभव हैं।) /If yes, check the box(es) indicating the examination(s) you had. (Multiple answers are possible.)

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

सीटी स्कैन/CT scan/CT検査

एमआरआई स्कैन/MRI scan/MRI 検査

यूरोग्राफी/Urography/尿路造影

कोलांगियोग्राफी /Cholangiography/胆道造影

एंजियोग्राफी/Angiography/血管造影

कोलेसीस्टोग्राफी/Cholecystography/胆囊造影

2. क्या आपको परीक्षा के बाद कोई प्रतिकूल प्रतिक्रिया हुई? /Did you have any adverse reactions after the examination?

/その時、副作用はありましたか。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

यदि हां, तो आपके लक्षण(लक्षणों) को दर्शाने वाले बॉक्स को चेक करें। (एकाधिक उत्तर संभव हैं।) /If yes, check the box(es) indicating the symptom(s) you had. (Multiple answers are possible.)

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

दाने /Rash/発疹

खुजली /Itchiness/かゆみ

मतली /Nausea/吐き気

うらさ /Vomiting/嘔吐

सिरदर्द /Headache/頭痛

その他 /Others/ ()

3. क्या आपको कभी अस्थमा का पता चला है? /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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/ Hindi/ ヒンディー語

4. क्या आपको कोई एलर्जी या एलर्जिक रोग है? /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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

यदि हां, तो आप पर लागू होने वाले बॉक्स को चेक करें।/If yes, check the box(es) that apply to you.

/「はい」に図された方は、下記に当てはまるものに図してください。

पित्ती /Hives/じんましん

एटोपिक डर्मेटाइटिस /Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎

एलर्जिक राइनाइटिस /Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎

ड्रग एलर्जी /Drug allergy/薬のアレルギー

(दवाओं का नाम /Name of medication(s)/薬剤名)

खाद्य एलर्जी /Food allergy/食物のアレルギー

(भोजन का नाम /Name of food(s)/食物名)

/ अन्य Others/その他 ()

5. क्या आपको कभी निम्नलिखित में से किसी बीमारी का पता चला है?

/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。

नहीं /No/いいえ

हां /Yes/はい

यदि हां, तो आप पर लागू होने वाले बॉक्स को चेक करें।/If yes, check the box(es) that apply to you.

/「はい」に図された方は、下記に当てはまるものに図してください。

जिगर की गंभीर बीमारी /Severe liver disease/重い肝臓の病気

गंभीर गुरुदं की बीमारी /Severe renal disease/重い腎臓の病気

6. क्या आपने कभी निम्नलिखित में से कोई सर्जरी या उपचार करवाया है?

/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。

नहीं /No /なし	हां /Yes /あり	अंतर्वस्तु /Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	कार्डियक पेसमेकर/Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सेरेब्रल धमनी क्लिप 20 साल से भी पहले लगाई गई थी/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"/>	प्रत्यारोपित चिकित्सा उपकरण (आईसीडी, कॉकलियर इम्प्लांट, तंत्रिका उत्तेजक, अन्य)/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"/>	चल कृतिम आँख/Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	स्तन विस्तारक/Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	बालों को धना करने वाला स्प्रे, कलर कॉन्टैक्ट लेंस (परीक्षा के दिन इनका उपयोग न करें)/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"/>	काजल • चमकदार कणों वाले कॉस्मेटिक उत्पाद (परीक्षा के दिन इनका उपयोग न करें)/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"/>	शरीर में प्रत्यारोपित धातु/Implanted metal in the body/体内金属がある (कब? /When?/時期 साइट /Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	गर्भावस्था या संभवतः गर्भवती /Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (वर्तमान में गर्भवती /Currently pregnant/現在妊娠 : गर्भावस्था के सप्ताह /Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	टैटू स्थायी शृंगार /Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (साइट /Site/部位 :)

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/ Hindi/ ヒンディー語

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	वर्तमान ऑर्थोडॉन्टिक उपचार, चुंबकीय डेन्चर का वर्तमान उपयोग /Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	बाल का टुकड़ा /Hairpiece/かつら・ウイッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	धातु प्रसंस्करण कार्य में संलग्न होना /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"/>	क्लौस्ट्रफोबिया /Claustrophobia/閉所恐怖症である

7. अपना वर्तमान वजन लिखें. कंट्रास्ट माध्यम की खुराक निर्धारित करना आवश्यक है।

/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。

(

किलोग्राम /kg)

आप निम्नलिखित वस्तुएँ परीक्षा कक्ष में नहीं ला सकते।

/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。

धातु का सामान (हार, छेदार बालियां, हेयर पिन, हेडबैंड, अंगूठियां, आदि)/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)

चश्मा, कॉन्टैक्ट लेंस, मेडिकल कोर्सेट, डेन्चर /Glasses, contact lenses, medical corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

चुंबकीय कार्ड, आईसी कार्ड (यात्री पास, चुंबकीय बैंक कार्ड, आदि)/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)

अन्य धातु की वस्तुएँ (चाबियाँ, श्वरण यंत्र, पेडोमीटर, घड़ियाँ, सेल्युलर फोन, आदि)/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)

थर्मल कपड़े, डिस्पोजेबल बॉडी वार्मर, चुंबकीय प्लास्टर, गीले कंप्रेस, नाइट्रोडर्म, धूम्रपान रहित पैच/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.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों को देखरेख में तयार किया गया है। जब समाधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को प्राथमिकता दी जाएगी।