

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/ Hindi/ हिन्दी/ हिन्दी

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

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

रोगी का नाम /Patient name /患者氏名						
जन्मतिथि /Date of birth /生年月日	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

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 ध्यान 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☑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)

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/胆嚢造影

#### 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☑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)

दाने/Rash/発疹

खुजली/Itchiness/かゆみ

मतली/Nausea/吐き気

उल्टी/Vomiting/嘔吐

सिरदर्द/Headache/頭痛

अन्य/Others/その他 ( )

#### 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/ हिन्दी-ए

4. क्या आपको कोई एलर्जी या एलर्जिक रोग है? /Do you have any allergies or allergic diseases?

/アレルギ-体質、アレルギ-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☑された方は、下記に当てはまるものに☑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-性鼻炎

ड्रग एलर्जी /Drug allergy/薬のアレルギ-

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

खाद्य एलर्जी /Food allergy/食物のアレルギ-

(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?/以下の病氣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☑された方は、下記に当てはまるものに☑してください。

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

गंभीर गुर्दे की बीमारी /Severe renal disease/重い腎臓の病氣

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 कृत्रिम 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 घना 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 श्रृंगार / Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (साइट /Site/部位 : )

