

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली

कन्ट्रास्ट-एन्हान्स्ड म्याग्नेटिक रेजोनेन्स इमेजिङ (MRI) को लागि मेडिकल प्रश्नावली
Medical Questionnaire for Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)
造影MRI検査 問診票

बिरामीको नाम /Patient name /患者氏名						
जन्म मिति /Date of birth /生年月日	वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日	उमेर /Age /年齢	वर्ष पुरानो /years old/歳	लिंग /Sex /性別	<input type="checkbox"/> पुरुष /Male/男	<input type="checkbox"/> महिला /Female/女

कन्ट्रास्ट-बढाइएको एमआरआई स्क्यान गर्नु अघि, हामी तपाईंको शारीरिक अवस्थाको मूल्याङ्कन गर्न चाहन्छौं।

/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 तलका प्रश्नहरूको जवाफ तपाईंको उच्चतम ज्ञानको आधारमा दिनुहोस्।

/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 दिनुहोस् कि रेडियोलोजिस्टको निर्णयमा आधारमा कन्ट्रास्ट माध्यम प्रयोग गर्न सकिँदैन

/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 तपाईंलाई लागू हुने बक्समा चिन्ह लगाउनुहोस्।/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. के तपाईंले कहिल्यै कन्ट्रास्ट मिडिया (IV इन्जेक्सन वा ड्रिप) प्रयोग गरेर परीक्षण गर्नुभएको छ?

/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि छ भने, तपाईंले गर्नुभएको परीक्षण(हरू) को संकेत गर्ने बाक्स(हरू)मा चिन्ह लगाउनुहोस्। (बहु उत्तरहरू

सम्भव छन्।)/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 स्क्यान /CT scan/CT検査

एमआरआई स्क्यान /MRI scan/MRI検査

युरोग्राफी /Urography/尿路造影

कोलनजिओग्राफी /Cholangiography/胆道造影

एन्जियोग्राफी /Angiography/血管造影

कोलेसिस्टोग्राफी /Cholecystography/胆嚢造影

2. के तपाईंलाई परीक्षण पछि कुनै प्रतिकूल प्रतिक्रिया छ? / Did you have any adverse reactions after the examination?

/その時、副作用はありましたか。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि छ भने, तपाईंलाई भएको लक्षण(हरू) को संकेत गर्ने बाक्स(हरू)मा चिन्ह लगाउनुहोस्। (बहु उत्तरहरू सम्भव

छन्।)/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)

दाग /Rash/発疹

चिलाउने /Itchiness/かゆみ

वाकवाकी /Nausea/吐き気

वान्ता /Vomiting/嘔吐

टाउको दुखाइ /Headache/頭痛

अन्य (हरू) /Others/その他 ()

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

3. के तपाईंलाई कहिल्यै दमको भएको छ?/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

4. के तपाईंलाई कुनै एलर्जी वा एलर्जी रोग छ?/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。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि छ भने, तपाईंलाई लागू हुने बाकस(हरू) जाँच गर्नुहोस्।

/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。

पित्तहरू /Hives/じんましん

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

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

ड्रग एलर्जी /Drug allergy/薬のアレルギー

(औषधि(हरू) को नाम/Name of medication(s)/薬剤名)

खानाको एलर्जी/Food allergy/食物のアレルギー

(खाना(हरू) को नाम/Name of food(s)/食物名)

अन्य(हरू)/Others/その他 ()

5. के तपाईंलाई निम्न मध्ये कुनै पनि रोग लागेको छ?

/Have you ever been diagnosed with any of the following diseases?/以下の病気と言われたことがありますか。

छैन/No/いいえ

छ/Yes/はい

यदि छ भने, तपाईंलाई लागू हुने बाकस(हरू) मा चिन्ह लगाउनुहोस्।/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。

गम्भीर कलेजो रोग /Severe liver disease/重い肝臓の病気

गम्भीर मृगौला रोग /Severe renal disease/重い腎臓の病気

患者氏名 :
患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली語

6. के तपाईंले कहिल्यै निम्न शल्यक्रिया वा उपचार गर्नुभएको छ?

/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。

छैन /No /なし	छ /Yes /あり	सामग्री /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 २० वर्ष पहिले राखिएको / 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 उपकरणहरू (ICD, कॉकलियर प्रत्यारोपण, तंत्रिका उत्तेजक, अन्य)/ Implants 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"/>	गतिशील कृत्रिम आँखा / Movable artificial eye/ 可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	स्तन विस्तारक / Breast expander/ 乳房エクस्पानダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हेयर ग्रोथ स्प्रे, कलर कन्ट्याक्ट लेन्स (परीक्षाको दिन प्रयोग नगर्नुहोस्) / 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"/>	मस्कारा・ग्लिटर कणहरू भएको कस्मेटिक उत्पादनहरू (परीक्षाको दिन प्रयोग नगर्नुहोस्) / 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"/>	शरीरमा प्रत्यारोपित धातु / Implanted metal in the body/ 体内金属がある (कहिले?/When?/ 時期 साइट /Site/ 部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	गर्भावस्था वा सम्भवतः गर्भवती / Pregnancy or possibly pregnant/ 妊娠または妊娠の可能性はある (अहिले गर्भवती छु /Currently pregnant/ 現在妊娠 : गर्भवती महिना /Weeks of pregnancy/ 週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ट्याटू, स्थायी मेकअप / Tattoos, permanent makeup/ 刺青・アートメイクがある (ठाउँ /Site/ 部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हालको अर्थोडोन्टिक उपचार, चुम्बकीय दन्तहरूको वर्तमान प्रयोग / 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"/>	कपालको टुक्रा / Hairpiece/ かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	धातु प्रशोधन कार्यमा संलग्न / 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"/>	क्लस्ट्रोफोबिया / Claustrophobia/ 閉所恐怖症である

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

7. आफ्नो वर्तमान वजन लेख्नुहोस्। यो कन्ट्रास्ट माध्यम को खुराक निर्धारण गर्न आवश्यक छ।

/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。

(केजी/kg)

परीक्षा कक्षमा निम्न वस्तुहरू ल्याउन पाइने छैन।/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。

धातुका सामानहरू (हार, छेडिएको झुम्का, कपालको पिन, हेडब्यान्ड, ओंठी, आदि)/Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)

/金属アクセサリ (ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など)

चश्मा, सम्पर्क लेन्स, मेडिकल कोर्सेट, दाँत /Glasses, contact lenses, medical corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

चुम्बकीय कार्ड, आईसी कार्ड (यात्रा पास, चुम्बकीय 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 वस्तुहरू (साँचोहरू, श्रवण यन्त्रहरू, पेडोमिटरहरू, घडीहरू, सेलुलर फोनहरू, 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 कपडा, डिस्पोजेबल बडी वार्मर, चुम्बकीय प्लास्टर, भिजेको कम्प्रेस, NITRODERM, धुम्रपान नगर्ने प्याचहरू

/Thermal clothing, disposable body warmers, magnetic plasters, wet compresses, NITRODERM, non-smoking patches

/ヒートテック、カイロ、エレキパン・湿布、ニトロダーム、禁煙補助シール