

患者氏名 :  
患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

## **Bảng câu hỏi y tế về chụp ảnh cộng hưởng từ tăng cường độ tương phản (MRI)**

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

<b>Tên bệnh nhân</b> /Patient name /患者氏名					
<b>Ngày sinh /Date of birth</b> /生年月日	Năm /Year/年 Tháng /Month/月 Ngày /Day/日	<b>Tuổi /Age</b> /年齢	Tuổi /years old/歳	<b>Giới tính</b> /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Nam /Male/男 <input type="checkbox"/> Nữ /Female/女

Trước khi thực hiện chụp MRI có tăng cường độ tương phản, chúng tôi muốn đánh giá tình trạng thể chất của bạn.  
/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

Xin vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây theo hiểu biết tốt nhất của bạn.

/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。

\* Xin lưu ý rằng chất tương phản có thể không được sử dụng dựa trên quyết định của bác sĩ X quang

/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。

Xin vui lòng đánh dấu vào các ô áp dụng cho bạn.. /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. Bạn đã bao giờ khám bằng thuốc cản quang (tiêm IV hoặc nhỏ giọt) chưa?**

**/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。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Nếu có, hãy đánh dấu vào (các) ô cho biết (các) bài kiểm tra bạn đã thực hiện. (Có thể có nhiều câu trả lời.)

/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)

chụp CT /CT scan/CT検査

Quét MRI /MRI scan/MRI 検査

Chụp tiết niệu /Urography/尿路造影

Chụp đường mật /Cholangiography/胆道造影

Chụp động mạch /Angiography/血管造影

Siêu túi mật /Cholecystography/胆嚢造影

#### **2. Bạn có phản ứng bất lợi nào sau khi khám không?/Did you have any adverse reactions after the examination?**

/その時、副作用はありましたか。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

Nếu có, hãy đánh dấu vào (các) ô cho biết (các) triệu chứng mà bạn gặp phải. (Có thể có nhiều câu trả lời.)

/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)

phát ban /Rash/発疹

Ngứa /Itchiness/かゆみ

Buồn nôn /Nausea/吐き気

Nôn mửa /Vomiting/嘔吐

Đau đầu /Headache/頭痛

Khác /Others/その他 ( )

#### **3. Bạn đã bao giờ được chẩn đoán mắc bệnh hen suyễn chưa?/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。

Không /No/いいえ

Có /Yes/はい

患者氏名 :  
患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

**4. Bạn có bị dị ứng hay bệnh dị ứng gì không?/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。

- Không /No/ いいえ  
 Có /Yes/ はい

Nếu có, hãy đánh dấu vào (các) ô áp dụng cho bạn.  
/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。

- phát ban /Hives/じんましん  
 Viêm da dị ứng /Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎  
 Viêm mũi dị ứng/Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎  
 Dị ứng thuốc /Drug allergy/薬のアレルギー  
(Tên thuốc /Name of medication(s)/薬剤名 )  
 Dị ứng thực phẩm /Food allergy/食物のアレルギー  
(Tên thực phẩm /Name of food(s)/食物名 )  
 Khác /Others/その他 ( )

**5. Bạn đã từng được chẩn đoán mắc một trong các bệnh sau đây chưa?**

/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。

- Không /No/ いいえ  
 Có /Yes/ はい

Nếu có, hãy đánh dấu vào (các) ô áp dụng cho bạn./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。

- Bệnh gan nặng /Severe liver disease/重い肝臓の病気  
 Bệnh thận nặng /Severe renal disease/重い腎臓の病気

**6. Bạn đã từng trải qua bất kỳ cuộc phẫu thuật hoặc điều trị nào sau đây chưa?**

/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。

Không /No /なし	Có /Yes /あり	Nội dung /Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Máy tạo nhịp tim /Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kẹp động mạch não được đặt cách đây hơn 20 năm /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"/>	Thiết bị y tế cấy ghép (ICD, ốc tai điện tử, máy kích thích thần kinh, loại khác) /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"/>	Mắt nhân tạo di động /Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Máy nở ngực /Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thuốc mọc tóc, kính áp tròng màu (Không sử dụng vào ngày khám) /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"/>	Mascara・Mỹ phẩm có chứa hạt lấp lánh (Không sử dụng vào ngày thi) /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"/>	Cây kim loại vào cơ thể /Implanted metal in the body/体内金属がある (Khi nào?/When?/時期 Vị trí/Site/部位 )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mang thai hoặc có thể mang thai /Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性ある (Hiện đang mang thai /Currently pregnant/現在妊娠 : Tuần mang thai /Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xăm mình, trang điểm vĩnh viễn /Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Vị trí /Site/部位 : )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Điều trị chỉnh nha hiện nay, sử dụng hàm giả từ tính hiện nay /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"/>	mái tóc /Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tham gia công việc gia công kim loại /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"/>	chúng sợ bị nhốt /Claustrophobia/閉所恐怖症である

患者氏名 :

患者ID :

Tiếng Việt/ Vietnamese / ベトナム語

**7. Ghi cân nặng hiện tại của bạn, cần xác định liều lượng thuốc cản quang.**

**/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)

**Bạn không được mang những đồ vật sau vào phòng thi.**

**/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。**

Phụ kiện kim loại (dây chuyền, khuyên tai, kẹp tóc, băng đô, nhẫn, v.v.)

/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)

Kính, kính áp tròng, áo nịt ngực y tế, răng giả

/Glasses, contact lenses, medical corset, dentures

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Thẻ từ, thẻ IC (thẻ đi lại, thẻ ngân hàng từ,...)

/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)

Các vật kim loại khác (chìa khóa, máy trợ thính, máy đếm bước chân, đồng hồ, điện thoại di động, v.v.)

/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)

Quần áo giữ nhiệt, máy sưởi dùng một lần, miếng dán từ tính, miếng gạc ướt, NITRODERM, miếng dán không hút thuốc

/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いますが、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.  
Tài liệu này được soạn thảo dưới sự giám sát của các bác sĩ, chuyên gia pháp lý, v.v.. Trong trường hợp có sự khác biệt trong cách giải thích do sự khác biệt về ngôn ngữ hoặc hệ thống giữa Nhật Bản và các quốc gia khác thì tiếng Nhật sẽ được ưu tiên.