

患者氏名 :  
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

استبيان طبي حول التصوير بالرنين المغناطيسي المعزز بمادة التباين (MRI) /Medical Questionnaire for Contrast-enhanced Magnetic Resonance Imaging (MRI)  
/造影MRI検査 問診票

اسم المريض / Patient Name / 患者氏名					
تاريخ الميلاد / Date of Birth / 生年月日					
<input type="checkbox"/> أنثى /Female/女	<input type="checkbox"/> ذكر /Male/男	نس /Sex/性別	عانا /Years old/歳	العمر / Age/年齢	سنة/Year/年
				شهر /Month/月	يوم /Day/日

قبل إجراء فحص التصوير بالرنين المغناطيسي المعزز بالتباين، نود تقييم حالتك الجسدية.  
/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  
يُرجى الإجابة على الأسئلة أدناه حسب علمك.  
/ 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。  
\* يُرجى العلم أنه يمكن عدم استخدام مادة التباين وذلك بناءً على قرار أخصائي الأشعة.  
/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。

يرجى وضع علامة في المربعات التي تنطبق على حالتك. /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. هل سبق لك إجراء فحص باستخدام مادة التباين (الحقن الوريدي أو التقطير الوريدي)؟  
/ 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。

لا /No/いいえ  
 نعم /Yes/はい

إذا كانت الإجابة "نعم"، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الفحص (الفحوصات) التي أجريتها. (يمكن تقديم إجابات متعددة).

/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)

التصوير المقطعي المحوسب / CT scan/ CT検査  
 التصوير بالرنين المغناطيسي / MRI scan/MRI検査  
 تصوير الجهاز البولي /Urography/尿路造影  
 تصوير الأوعية الصفراوية /Cholangiography/胆道造影  
 تصوير الأوعية الدموية /Angiography/血管造影  
 تصوير المرارة /Cholecystography/胆嚢造影

2. هل واجهت أي آثار جانبية بعد الفحص؟ /Did you have any adverse reactions after the examination?/ その時、副作用はありましたか。

لا /No/いいえ  
 نعم /Yes/はい

إذا كانت الإجابة "نعم"، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى العرض (الأعراض) الذي تعاني منه. (يمكن تقديم إجابات متعددة).

/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)

طفح جلدي /Rash/発疹  
 غثيان /Nausea/吐き気  
 حكة /Itchiness/かゆみ  
 قيء /Vomiting/嘔吐  
 صداع /Headache/頭痛  
 ( ) /Others/その他

3. هل سبق تشخيصك بالربو؟ /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。

لا /No/いいえ  
 نعم /Yes/はい

4. هل تعاني من أي حساسية أو أمراض تحسسية؟ /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。

لا /No/いいえ  
 نعم /Yes/はい

إذا كانت الإجابة "نعم"، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي ينطبق على حالتك.

/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。

شرى /Hives/じんましん  
 التهاب جلدي تأتبي /Atopic dermatitis/ アトピー性皮膚炎  
 التهاب مخاطية الأنف التحسسي /Allergic rhinitis/ アレルギー性鼻炎  
 حساسية دوائية /Drug allergy/ 薬のアレルギー  
 حساسية الطعام /Food allergy/ 食物のアレルギー  
( ) /Name of medication(s) /薬剤名 (اسم الدواء (الأدوية))  
( ) /Name of food(s) /食物名 (اسم الطعام (الأطعمة))  
 ( ) /Others/その他

5. هل سبق تشخيصك بأي من الأمراض التالية؟ / 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。

لا /No/いいえ  
 نعم /Yes/はい

إذا كانت الإجابة "نعم"، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي ينطبق على حالتك.

/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。

أمراض الكبد الحادة / Severe liver disease / 重い肝臓の病気  
 مرض الكلى الحاد / Severe renal disease/ 重い腎臓の病気

患者氏名 :  
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

6. هل سبق لك الخضوع لأي من العمليات الجراحية أو العلاجات التالية؟  
/ 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。

المحتويات /Contents/内容	نعم /Yes /あり	لا /No /なし
Cardiac pacemaker/心臟ペースメーカー /منظم ضربات القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
أجهزة طبية مزروعة (جهاز تقويم نظم القلب، أو زرع قووعي، جهاز تنبيه العصب، وغيرها) / 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"/>
Movable artificial eye/可動型義眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breast expander/乳房エキスパンダー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بخاخ نمو الشعر، أو العدسات اللاصقة الملونة (يرجى عدم استخدامها يوم الفحص) / 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"/>
ماسكارا • مستحضرات التجميل التي تحتوي على جزيئات لامعة (يرجى عدم استخدامها يوم الفحص) / 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"/>
Implanted metal in the body/体内金属がある ( Site/ 部位 ) /معدن مزروعة في الجسم ( متى/When?/時期 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある ( Weeks of pregnancy/週 ) /الحمل أو احتمال الحمل ( Currently pregnant/現在妊娠: )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある ( Site/ 部位 ) /التاتو، المكياج الدائم ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures/ Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /علاج تقويم الأسنان الحالي، أو الاستخدام الحالي لأطقم الأسنان المغناطيسية / 歯を矯正中・マグネット義歯を使用中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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/閉所恐怖症である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. اكتب وزنك الحالي. من الضروري تحديد جرعة مادة التباين.

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)

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。

- الإكسسوارات المعدنية (القلاند، أو الأقراط المثقوبة، أو دبابيس الشعر، أو عصابات الرأس، أو الخواتم، إلخ) / 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)
- النظارات، أو العدسات اللاصقة، أو المشد الطبي، أو أطقم الأسنان /Glasses, contact lenses, medical corset, dentures /眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯
- البطاقات المغناطيسية، أو بطاقات الدوائر المتكاملة (IC) (تصاريح التنقل، أو البطاقات المصرفية المغناطيسية، إلخ) /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)
- الأغراض المعدنية الأخرى (المفاتيح، أو مقياسات السمع، أو عدادات الخطوات، أو الساعات، أو الهواتف المحمولة، إلخ) / 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)
- الملابس الحرارية، أو أجهزة تدفئة الجسم التي تُستخدم لمرة واحدة، أو اللصقات المغناطيسية، أو الكمادات المبللة، أو نيتروبريم، أو لصقات المساعدة في الإقلاع عن التدخين /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

أعدت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

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.  
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。