

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário médico para exame de tomografia computadorizada (TC) ou urografia contrastada / 造影剤を用いるCT検査または尿路造影 問診票

Nome do paciente/ 患者氏名	Data/ 日付	ano	mês	dia
		/ 年	/ 月	/ 日
Data de nascimento/ 生年月日	ano/ 年	mês/ 月	dia/ 日	Sexo/ 性別
				<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Feminino/ 女
Nº de ID do paciente no hospital/ 患者 ID		Idade/ 年齢		anos/ 歳

Antes de realizar um exame de TC ou uma urografia contrastada, gostaríamos de confirmar sua condição física. Responda as perguntas abaixo de acordo com seus melhores conhecimentos.

/ 造影剤を用いる CT 検査または尿路造影を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

Selecione as caixas apropriadas./ あてはまるものにチェックしてください。

1. Você já fez algum exame com um meio de contraste (injetado e/ou por infusão de gotejamento)?

/ 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？

- Sim/ あり→ Exames de TC/ CT検査 Urografia/ 尿路造影 Colangiografia/ 肝道造影
- Não/ なし Angiografia/ 血管造影 Imagens por ressonância magnética (IRM)/ MRI 検査

2. Você apresentou alguma reação adversa?/ その時、副作用はありましたか？

- Sim/ あり→ Erupção/ 発疹 Coceira/ かゆみ Náusea/ 吐き気
- Não/ なし Vômito/ 嘔吐 Dor de cabeça/ 頭痛 Outras/ その他 ()

3. Você já se sentiu mal por causa de medicamentos tomados por via oral ou injetados?/

飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

- Sim/ あり→ Especifique/ 具体的にお書き下さい:
- Não/ なし

4. Você já foi diagnosticado com asma?/今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- Sim/ あり→ Especifique/ 具体的にお書き下さい:
- Não/ なし

5. Você tem alguma alergia ou doença alérgica?/ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- Sim/ あり→ Urticária/ じんましん Dermatite atópica/ アトピー性皮膚炎 Rinite alérgica/ アレルギー性鼻炎
- Não/ なし Alergia a medicamentos/ 薬のアレルギー (Nome do medicamento/ 薬剤名)
- Não/ なし Alergia alimentar/ 食物のアレルギー (Alimento/ 食物名)
- Não/ なし Outras/ その他 ()

6. Você já foi informado de que a função de seus rins seja insuficiente (por ex., insuficiência renal)?

/腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？

- Sim/ あり→ Especifique/ 具体的にお書き下さい:
- Não/ なし

* Preencha também o verso, onde for necessário./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

7. Você já foi diagnosticado com qualquer das seguintes doenças: Hipertireoidismo (doença de Basedow), mieloma, macroglobulinemia, tetania, feocromocitoma?

/ 甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断を受けたことがありますか?

 Sim/ あり → Especifique/ 具体的にお書き下さい: Não/ なし**8. Você está tomando medicamentos para diabetes?/ 糖尿病の薬を飲んでいますか?**

*As biguanidas (medicamentos antidiabéticos) devem ser interrompidas durante determinado período de tempo.

/ ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、一定期間休薬が必要です。

 Sim/ あり → Nome do medicamento/ 薬剤名: Não/ なし**9. Informe seu peso./ 体重をお書きください。**

(kg)

10. Você está, ou acha que pode estar, grávida?/ 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか? Sim/ あり Não/ なし Não sei/ わからない

*Observe que um meio de contraste pode não ser usado com base no parecer do médico responsável pelo seu exame e/ou do radiologista.

/ 検査担当医・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。