

患者氏名：  
患者 ID :

## Medical Questionnaire for Magnetic Resonance Imaging (MRI) Scan/ MRI検査 問診票

<b>Patient name/ 患者氏名</b>		<b>Date/ 日付</b>	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
<b>Date of birth/ 生年月日</b>	year/ 年	month/ 月	day/ 日	<b>Sex/ 性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Hospital ID No./ 患者 ID</b>		<b>Age/ 年齢</b>			years old/ 歳

Before performing an MRI scan, we would like to confirm your physical condition. Please answer the questions below to the best of your knowledge.

/ MRI 検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。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。

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

### 1. Do you currently have an implanted medical device (e.g. a pacemaker [including an implantable cardioverter defibrillator] or a cochlear implant)?

/ 現在、体内に植え込みの医療機器（ペースメーカー [植え込み型除細動器を含む]、人工内耳など）はありますか？

Yes/ ある → If your answer is “Yes”, you may not be able to have an MRI scan.  
/ 「ある」と答えた方は検査を受けることができない可能性があります。

No/ ない

### 2. Have you ever had surgery to have any kind of metal (e.g. an artificial joint, a metal plate, an aneurysm clip, a stent, a metal coil, an implant, or a metal lens) implanted? (Depending on the material, you may not be able to have an MRI scan.)

/ 体内に金属（人工関節、プレート、動脈瘤クリップ、ステント、金属コイル、インプラント、金属レンズなど）を入れるような手術を受けたことはありますか（材質により検査を受けることが出来ない場合があります）？

Yes/ ある  No/ ない

### 3. Do you have removable teeth?/取り外しのできる歯はありますか？

Yes/ ある → If so, please remove them before the MRI scan./ ある場合は、検査前に外してください。

No/ ない

### 4. Is there a possibility that you are pregnant?/ 現在、妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

Yes/ ある → Risks to and safety of unborn babies are unknown yet./ 胎児への危険性や安全性は確立されていません

No/ ない

### 5. When you are in a narrow space, do you feel sick or afraid?/ 狭いところに入ると気分が悪くなったり冷や汗がでたりすることはありますか？

Yes/ ある → If your answer is “Yes”, you may not be able to have an MRI scan.  
/ 「ある」と答えた方、検査を受けることが出来ない場合があります。

No/ ない

### 6. Do you have tattoos or cosmetic tattoos? (These may cause burns or change color.)

/ 刺青、またはアートメイクはありますか？（やけどや変色の恐れがあります）

Yes/ ある  No/ ない

### 7. Do you have patch medicine (e.g. a nitroglycerin patch, magnetic plasters, nicotine patch) on you?

/ 体に貼り薬（ニトロパッチ、エレキバン、ニコチンパッチなど）はありますか？

Yes/ ある → If your answer is “Yes”, you may not be able to have an MRI scan with the patch on.  
/ 「ある」と答えた方、貼ったままでは検査を受けることが出来ない場合があります。

No/ ない

### 8. Do you wear a removable hearing aid or contact lens?/ 取り外せる補聴器、コンタクトレンズはありますか？

Yes/ ある → If so, please remove it before the MRI scan./ ある場合は、検査前に外してください。

No/ ない

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

**9. Do you have asthma?/ ぜんそくはありますか?**
 Yes (currently under treatment)/ はい (現在治療中)
  No/ いいえ
  I used to/ 以前あった
**10. Have you ever had adverse reactions to drugs?/ 今までに薬で副作用がでたことはありますか?**
 Yes/ はい → Drug name/ 薬剤名: \_\_\_\_\_

 No/ いいえ
**11. Have you ever had surgery?/ 手術を受けたことがありますか?**

For which area did you have surgery?/ 手術部位はどこですか:

 Yes/ はい →
  Head/ 頭
  Neck/ 首
  Heart/ 心臓  
 Abdomen/ 腹
  Back/ 腰
  Other/ その他( )

 No/ いいえ
**12. Have you ever had an MRI scan?/ MRI 検査を受けたことがありますか?**

If your answer is "Yes", approximately when did you have it?/ いつ頃受けられましたか?

 Yes/ はい →
 \_\_\_\_\_ year/ 年
 \_\_\_\_\_ month/ 月
 \_\_\_\_\_ day/ 日

 No/ いいえ
**13. Please provide your current weight, because the scanning condition (e.g. the length of time) varies depending on your weight./ 体重により撮影条件(時間など)が変わりますので現在の体重を記入して下さい。**

Weight/ 体重: \_\_\_\_\_ kg

***If you are going to have a pelvis MRI scan for gynecologic organs, please answer any of the following questions that are relevant to you.***

/ 婦人科領域の骨盤MRI 検査を受けられる方のみ該当する欄についてお答え下さい。

\*Depending on the menstrual cycle, organs in images look different. check the appropriate boxes.

/ 月経周期により画像の見え方が異なります。

**14. Your last period/ 最終月経**

\_\_\_\_\_ year/ 年
 \_\_\_\_\_ month/ 月
 \_\_\_\_\_ day/ 日 ~
 \_\_\_\_\_ year/ 年
 \_\_\_\_\_ month/ 月
 \_\_\_\_\_ day/ 日

**15. Your menstrual cycle/ 月経周期**
 Regular/ 順調
  Irregular/ 不順
**16. Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/ 月経困難はありますか?**
 Severe/ 強い
  Mild/ 軽度
  Almost none/ あまりない
**17. When was your menopause?/ 閉経した年齢は?**

Approximate age/ 年齢: \_\_\_\_\_ years old/ 歳

**18. Have you ever had hormone therapy?/ ホルモン療法を受けたことがありますか?**
 Yes/ ある →
  Dysmenorrhea/ 月経困難
  Infertility/ 不妊
  Other/ その他( )

 No/ ない
***Other precautions/ その他***

● **If you have a pacemaker (including implantable cardioverter defibrillator), check with your doctor beforehand whether you are able to take an MRI scan.**

/ ペースメーカー(植え込み型除細動器を含む)を植え込まれている場合には、MRI 検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

● **If you wear a wig, please take it off in the scanning room.**

/ かつら・ウィッグなどある方は検査室内で外して下さい。

● **If you have any questions, please ask the technician in charge of the MRI scan.**

/ 上記で何かご質問等があれば、検査担当技師におたずね下さい。