

患者氏名：

患者 ID：

## MRI检查问诊表/MRI検査 問診票

患者姓名/ 患者氏名		日期/ 日付	年 月 日 / 年 / 月 / 日
出生日期/ 生年月日	年/年 月/月 日/日	性别/ 性別	<input type="checkbox"/> 男/ 男 <input type="checkbox"/> 女/ 女
患者 ID/ 患者 ID		年齢/ 年齢	周岁/ 歳

在进行 MRI 检查前确认您的身体状况。请在知道的范围内回答下列提问。

/ 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。

请在符合的项目上打勾。/ あてはまるものにチェックしてください。

## 1. 您身体里有无植入式医疗器具（心脏起搏器（包括植入式除颤器）、人工耳蜗等）？

/ 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？

- 有/ ある → 回答“有”的患者有可能不能接受检查。/ 「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。  
无/ ない

## 2. 您有没有动过在体内植入金属物（人工关节、钢板、动脉瘤夹、支架、金属弹簧圈、种植牙、金属镜片等）的手术（有些材质可能不能进行检查）？

/ 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）？

- 有/ ある 无/ ない

## 3. 您有没有可摘义齿？/取り外しのできる歯はありますか？

- 有/ ある → 如果有，请在检查前取下/ ある場合は、検査前に外してください。  
无/ ない

## 4. 您现在是否妊娠中？ 或有可能妊娠？ / 現在、妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

- 是/ ある → 对胎儿的影响和安全性尚未得到证实。/ 胎児への危険性や安全性は確立されていません  
否/ ない

## 5. 您在狭窄空间里是否会不舒服，或出冷汗？ / 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？

- 是/ ある → 回答“是”的患者有可能无法进行检查。  
 / 「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。  
否/ ない

## 6. 您有没有纹身，或艺术纹身（可能会烫伤或发生变色）？

/ 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）

- 有/ ある 无/ ない

## 7. 您身上有没有药物贴片（硝酸甘油贴片、磁疗贴、戒烟贴等）？

/ 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？

- 有/ ある → 回答“有”的患者有些不能带着贴片进行检查。  
 / 「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。  
无/ ない

## 8. 您是否佩戴可摘取的助听器、隐形眼镜？ / 取り外せる補聴器、コンタクトレンズはありますか？

- 是/ ある → 如果是，请在检查前取下/ ある場合は、検査前に外してください。  
否/ ない

\*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

## 9. 您有哮喘病吗？ / ぜんそくはありますか？

有（治疗中） / はい（現在治療中）无 / いいえ以前有过 / 以前あった

## 10. 以前有没有因药物出现不良反应的情况？ / 今までに薬で副作用がでたことはありますか？

有 / はい → 药名 / 薬剤名：\_\_\_\_\_无 / いいえ

## 11. 以前有没有动过手术？ / 手術を受けたことがありますか？

手术部位是哪里？ / 手術部位はどこですか？

有 / はい →头 / 頭颈 / 首心脏 / 心臓腹 / 腹腰 / 腰其他 / その他( )无 / いいえ

## 12. 以前有没有做过 MRI 检查？ / MRI 検査を受けたことがありますか？

什么时候？ / いつ頃受けられましたか？

有 / はい →

年 / 年

月 / 月

日 / 日

无 / いいえ

## 13. 根据体重，摄影条件（时间等）不同，请填写您现在的体重 / 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。

体重 / 体重：\_\_\_\_\_公斤 / kg

## 做妇科的骨盆 MRI 检查的患者请回答相应项目

/ 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。

\*读片方法因月经周期而异

/ 月経周期により画像の見え方が異なります。

## 14. 最后一次月经 / 最終月経

年 / 年 月 / 月 日 / 日 ~

年 / 年 月 / 月 日 / 日

## 15. 月经周期 / 月経周期

规则 / 順調不规则 / 不順

## 16. 您有痛经吗？ / 月経困難はありますか？

强 / 強い轻 / 軽度不常有 / あまりない

## 17. 绝经年龄？ / 閉経した年齢は？

年龄 / 年齢： 岁 / 歳

## 18. 您有没有接受过激素治疗？ / ホルモン療法を受けたことがありますか？

有 / ある →痛经 / 月経困難不孕 / 不妊其他 / その他( )无 / ない

## 其他 / その他

●植入心脏起搏器（包括植入式除颤器）的患者，关于能否接受 MRI 检查，请在事先与主治医生确认。

/ 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。

●戴假发、时尚假发的患者请在检查室内摘下。

/ かつら・ウィッグなどある方は検査室内で外して下さい。

●对上面的内容若有疑问，请向检查技师询问。

/ 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。