

患者氏名 :

患者 ID :

Questionário médico para exame de imagens por ressonância magnética (IRM)/ MRI検査 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 IRM, gostaríamos de confirmar sua condição física. Responda as perguntas abaixo de acordo com seus melhores conhecimentos.

/ 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。

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

1. No momento você tem algum dispositivo médico implantado (por ex., um marca-passo [incluindo um cardioversor/desfibrilador implantável] ou um implante coclear)?

/ 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？

Sim/ ある →

Se a sua resposta for "Sim", há a possibilidade de você não poder realizar o exame de IRM. /

「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。

Não/ ない

2. Você já passou por alguma cirurgia para implantar qualquer tipo de dispositivo metálico (por ex., uma articulação artificial, uma placa metálica, um clipe de aneurisma, um stent, uma espiral metálica, um implante ou uma lente metálica)? (Dependendo do material, talvez você não possa fazer um exame de IRM.)

/ 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）？

Sim/ ある

Não/ ない

3. Você tem dentes removíveis?/取り外しのできる歯はありますか？

Sim/ ある →

Se sim, remova-os antes do exame de IRM./ ある場合は、検査前に外してください。

Não/ ない

4. Você está, ou acha que pode estar, grávida?/ 現在、妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

Sim/ ある →

Os riscos à segurança de bebês em gestação ainda são desconhecidos./ 胎児への危険性や安全性は確立されていません

Não/ ない

5. Quando está em um espaço apertado, você se sente mal ou chega a suar frio?/ 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？

Sim/ ある →

Se a sua resposta for "Sim", talvez você não possa fazer um exame de IRM.

/ 「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。

Não/ ない

6. Você tem tatuagens comuns ou tatuagens cosméticas? (Elas podem causar queimaduras ou mudar de cor.)

/ 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）

Sim/ ある

Não/ ない

7. Você tem medicamentos adesivos (por ex., um adesivo de nitroglicerina, emplastos magnéticos, adesivo de nicotina) em seu corpo?

/ 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？

Sim/ ある →

Se a sua resposta for "Sim", talvez você não possa fazer um exame de IRM com o adesivo no corpo.

/ 「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。

Não/ ない

8. Você usa um aparelho auditivo removível ou lente de contato?/ 取り外せる補聴器、コンタクトレンズはありますか？

Sim/ ある →

Se sim, remova-o antes do exame de IRM./ ある場合は、検査前に外してください。

Não/ ない

患者氏名 :

患者 ID :

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

9. Você tem asma?/ ぜんそくはありますか?
 Sim (atualmente em tratamento)/ はい (現在治療中)
 Não/ いいえ
 Eu costumava ter crises/ 以前あった
10. Você já apresentou reações adversas a medicamentos?/ 今までに薬で副作用がでたことはありますか?
 Sim/ ある → Nome do medicamento/ 薬剤名: _____
 Não/ ない
11. Você já passou por alguma cirurgia?/ 手術を受けたことがありますか?

Em que região foi realizada a cirurgia?/ 手術部位はどこですか:

 Sim/ はい →
 Cabeça/ 頭
 Pescoço/ 首
 Coração/ 心臓
 Abdome/ 腹
 Costas (região lombar)/ 腰
 Outras/ その他()
 Não/ いいえ
12. Você já fez um exame de IRM?/ MRI 検査を受けたことがありますか?
 Sim/ はい → Se sua resposta for “Sim”, quando você o fez, aproximadamente?/ いつ頃受けられましたか?
 ano/ 年 mês/ 月 dia/ 日
 Não/ いいえ
13. Informe seu peso atual, pois a condição do exame (por ex., a duração) varia de acordo com o seu peso./ 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。

Peso/ 体重: _____ kg

Se você for fazer um exame de IRM da pelve para órgãos ginecológicos, responda as perguntas a seguir que sejam pertinentes a você.

/ 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。

*Dependendo do ciclo menstrual, os órgãos nas imagens parecem diferentes.

/ 月経周期により画像の見え方が異なります。

14. Sua última menstruação/ 最終月経

ano/ 年 mês/ 月 dia/ 日 a/~ ano/ 年 mês/ 月 dia/ 日

15. Seu ciclo menstrual/ 月経周期
 Regular/ 順調
 Irregular/ 不順
16. Você tem dismenorria (menstruações dolorosas)?/ 月経困難はありますか?
 Grave/ 強い
 Leve/ 軽度
 Quase nenhuma/ あまりない
17. Quando você entrou na menopausa?/ 閉経した年齢は?

Idade aproximada/ 年齢 : _____ ano/ 歳

18. Você já fez terapia hormonal?/ ホルモン療法を受けたことがありますか?
 Sim/ ある →
 Dismenorria/ 月経困難
 Infertilidade/ 不妊
 Outras/ その他()
 Não/ ない
Outras precauções/ その他

● **Se você tiver um marcapasso (incluindo cardioversor/desfibrilador implantável), confirme com o seu médico com antecedência, se poderá realizar o exame de IRM.**

/ 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。

● **Se você usa uma peruca, retire-a na sala de exame.**

/ かつら・ウィッグなどある方は検査室内で外して下さい。

● **Se você tiver dúvidas, fale com o técnico responsável pelo exame de IRM.** / 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。