

患者氏名：
患者 ID :

Medical Questionnaire for Contrast-Enhanced Magnetic Resonance Imaging

(MRI) Scan/ 造影MRI検査 問診票

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

Before performing a contrast-enhanced MRI scan, we would like to confirm your physical condition. Please answer the questions below to the best of your knowledge./ 造影 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 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。

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

1. Have you ever had examinations that used a contrast medium (injected and/or orally administered)?

/ 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？

- Yes/ あり→
- CT scan/ CT検査 MRI scans/ MRI 検査 Urography/ 尿路造影
- Cholangiography/ 胆道造影 Angiography/ 血管造影 Cholecystography/ 胆嚢造影
- No/ なし

2. Did you have any adverse reactions?/ その時、副作用はありましたか？

- Yes/ あり→
- Rash/ 発疹 Itchiness/ かゆみ Nausea/ 吐き気
- Vomiting/ 嘔吐 Headache/ 頭痛 Other/ その他（ ）
- No/ なし

3. Have you ever been diagnosed with asthma?/ 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- Yes/ あり
- No/ なし

4. 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？

- Yes/ あり→
- Hives/ じんましん Atopic dermatitis/ アトピー性皮膚炎 Allergic rhinitis/ アレルギー性鼻炎
- Allergy to drugs/ 薬のアレルギー：()
- Food allergy/ 食物のアレルギー：()
- No/ なし

5. Have you ever been diagnosed with any of the following diseases?/ 以下の病気といわれたことがありますか？

- Yes/ あり→
- Severe cardiac disease/ 重い心臓の病気 Severe liver disease/ 重い肝臓の病気
- Severe thyroid gland disease/ 重い甲状腺の病気 Macroglobulinemia/ マクログロブリン血症
- Multiple myeloma/ 多発性骨髄腫 Tetanus/ テタニー
- Pheochromocytoma/ 褐色細胞腫
- No/ なし

*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：

6. Have you ever been told that your kidney function is poor (e.g. renal failure)?

/ 腎臓の働きが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？

 Yes/ あり No/ なし**7. Do you have any metal implanted, such as a pacemaker?/ ペースメーカーなどの金属を体内に埋め込んでいますか？** Yes/ あり→

Type of metal/ 金属名: _____

 No/ なし**8. Are you taking drugs for diabetes?/ 糖尿病の薬を飲んでいますか？** Yes/ あり→

Drug name/ 薬剤名: _____

 No/ なし**9. Is there a possibility that you are pregnant?/ 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？** Yes/ あり No/ なし I do not know/ わからない**10. Are you wearing contact lenses?/ コンタクトレンズを装着していますか？** Yes/ あり No/ なし**11. Please provide your weight. This information is necessary to determine the amount of contrast medium to be used.**

/ 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)