

患者氏名：

患者 ID：

MRI造影检查问诊表/造影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	年龄/ 年齢	周岁/ 歳

在 MRI 造影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。/ 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。

*可能会根据放射科医生的判断取消造影剂的使用，敬请知悉。

/ 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。

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. 您以前有没有做过使用造影剂（注射/点滴）的检查？

/ 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？

- 有/ あり→ CT 检查/ CT検査 MRI 检查/ MRI 検査 尿路造影/ 尿路造影
胆道造影/ 胆道造影 血管造影/ 血管造影 胆囊造影/ 胆囊造影
无/ なし

2. 那时有没有出现副作用？ / その時、副作用はありましたか？

- 有/ あり→ 皮疹/ 発疹 瘙痒/ かゆみ 恶心/ 吐き気
呕吐/ 嘔吐 头痛/ 頭痛 其他/ その他（ ）
无/ なし

3. 您以前有没有哮喘病？ / 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- 有/ あり
无/ なし

4. 您是否为过敏体质，有无过敏性疾病？ / アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- 荨麻疹/ じんましん 过敏性皮炎/ アトピー性皮膚炎 过敏性鼻炎/ アレルギー性鼻炎
有/ あり→ 药物过敏/ 薬のアレルギー：（ ）
食物过敏/ 食物のアレルギー：（ ）
无/ なし

5. 您以前有没有被诊断为下列疾病？ / 以下の病気といわれたことがありますか？

- 严重心脏病/ 重い心臓の病気 严重肝病/ 重い肝臓の病気
有/ あり→ 严重甲状腺疾病/ 重い甲状腺の病気 巨球蛋白血症/ マクログロブリン血症
多发性骨髓瘤/ 多発性骨髄腫 手足搐搦症/ テタニー
嗜铬细胞瘤/ 褐色細胞腫
无/ なし

*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

6. 您以前有没有肾脏疾病（肾功能不全等）？

/ 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？

 有/ あり 无/ なし

7. 您身体里有无植入心脏起搏器等金属物？ / 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？

 有/ あり→

金属名称/ 金属名: _____

 无/ なし

8. 您有没有在服用糖尿病的药？ / 糖尿病の薬を飲んでいますか？

 有/ あり→

药名/ 薬剤名: _____

 无/ なし

9. 您现在是否妊娠中或有可能妊娠中？ / 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

 是/ あり 否/ なし 不清楚/ わからない

10. 您有没有戴隐形眼镜？ / コンタクトレンズを装着していますか？

 有/ あり 无/ なし

11. 为了决定您的造影剂用量，请您写下目前的体重。

/ 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。

(_____ 公斤/ kg)