

患者氏名：
患者ID：

MRI検査 問診表 /MRI検査問診票

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

在MRI检查前，需要确认您的身体情况。请在知道的范围内回答下列问题。

/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。

1. 请在符合的项目上划勾。/あてはまるものにチェックしてください。

无 /なし	有 /あり	内容/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心脏起搏器/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	已有 20 年以上的脑动脉夹/20 年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	植入型的装置(心律转复除颤器、人工内耳、神经刺激装置、其他) /体内埋め込み装置 (ICD・人工内耳・神経刺激装置・その他)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可动型义眼/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳房组织扩张器/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生发剂、有色隐形眼镜(当天请不要使用) /増毛スプレー・カラーコンタクト(当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睫毛膏・含亮粉的化妆品(当天请不要使用) /マスカラ・ラメ入り化粧品(当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体内有金属/体内金属がある (什么时候/時期 部位/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠或有妊娠的可能/妊娠またはその可能性がある (现在妊娠第/現在妊娠 周/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有刺青、纹身/刺青・アートメイクがある (部位/部位:)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	正在矫正牙齿、使用带有磁性的假牙/歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	戴假发/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	从事金属加工相关工作/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有幽闭恐惧症/閉所恐怖症である

2. 是否有哮喘? /ぜんそくはありますか。

- 否/いいえ
以前有过/以前あった
是/はい(现在在治疗中/現在治療中)

3. 到目前为止，是否对药物产生过不良反应? /今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- 否/いいえ
是/はい(药剂名称/薬剤名)

4. 到目前为止，是否接受过MRI检查? /今までにMRI検査を受けたことがありますか。

- 否/いいえ
是/はい
什么时候接受的检查? /いつ頃受けられましたか。
年/年 月/月 日/日

