



患者氏名 :  
患者ID :

7. 갑상선 기능 항진증 (바세도우병 등) , 골수종, 매크로 글로블린 혈증, 테타니, 갈색세포종을 진단받은 적이 있습니까?

/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病など) 、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、褐色細胞腫のいずれかの疾患の診断を受けたことがありますか。

- 아니오/いいえ
- 예/はい

「예」에 하신 분은 다음 항목 중 해당되는 사항에 해 주십시오.  
/「はい」にされた方は、下記に当てはまるものにしてください。  
갑상선 기능 항진증(바세도우병)/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)  
골수종/骨髄腫  
매크로 글로블린 혈증/マクログロブリン血症  
테타니/テタニー  
갈색세포종/褐色細胞腫  
중증 심장 질환/重い心臓の病気  
중증 간장 질환/重い肝臓の病気

8. 당뇨병 약을 복용하고 있습니까?/糖尿病の薬を飲んで 있습니까。

\*비구아나이드계 당뇨병 약을 복용 중인 분은 일정기간 휴약하셔야 합니다.  
/ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、一定期間休薬が必要です。

- 아니오/いいえ
  - 예/はい
- 약품명/薬品名 :

9. 체중을 기입해 주십시오./体重をお書きください。

(                      kg)

10. 현재 임신 중이거나 임신의 가능성이 있습니까?

/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。

- 아니오/いいえ
- 모름/わからない
- 예/はい

임신 주수/週数 :

\* 검사담당의사, 방사선과의사의 판단에 따라 조영제를 사용하지 않을 경우도 있으므로 양해바랍니다。

/検査担当医・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。