

患者氏名：
患者ID：

Formulário para o exame de IRM/MRI検査 問診票

Nome do(a) paciente /患者氏名							
Data de nascimento /生年月日	Ano/年	Mês/月	Dia/日	Idade/年齢	anos/歳	Sexo/性別	<input type="checkbox"/> M/男 <input type="checkbox"/> F/女

Para realizar o exame de IRM, vamos confirmar as condições do seu organismo. Favor responder as perguntas abaixo, na medida do seu conhecimento. 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. Favor assinalar o item correspondente./あてはまるものにチェックしてください。

Não tem (Não) /なし	Tem (Sim) /あり	Conteúdo/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca-passo cardíaco/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clipe de artéria cerebral de há mais de 20 anos/20年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo implantado no corpo (DIC・implante no ouvido interno・dispositivo de estimulação do nervo・outros) /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"/>	Olho artificial móvel/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansor de mama/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spray para dar volume ao cabelo・lentes de contato (favor não usar no dia do exame) /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"/>	Rímel・cosméticos contendo pó brilhante (favor não usar no dia do exame) /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"/>	Tem metal dentro do corpo/体内金属がある (Desde quando/時期 Local/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está grávida ou tem possibilidade de estar grávida/妊娠またはその可能性がある (Atualmente está grávida de/現在妊娠 semanas/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuagem・maquilagem artística/刺青・アートメイクがある (Local/部位:)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em tratamento ortodôntico・em uso de prótese com ímã /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa peruca/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalha com processamento de metais/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sofre de claustrofobia/閉所恐怖症である

2. Tem asma? /ぜんそくはありますか。

- Não/いいえ
- Tinha antes/以前あった
- Sim/はい (Atualmente em tratamento/現在治療中)

3. Já teve até o momento, alguma reação colateral a medicamentos? /今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい (Nome do medicamento/薬剤名)

4. Já se submeteu até o momento ao exame de IRM? /今までにMRI 検査を受けたことがありますか。

- Não/いいえ
- 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

5. As condições da filmagem do exame alteram conforme o peso corporal (tempo, etc.), por isso, escreva o seu peso atual.

/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 corporal/体重: kg

