

患者氏名：
患者ID：

中文/中国語

MRI增强检查 问诊表 /造影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增强检查前，需要确认您的身体情况。/造影MRI検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。
请在知道的范围内回答下列问题。/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。

*根据放射科医生的判断，也有可能不使用造影剂，请给予理解。
/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。

请在符合的项目上划勾。/あてはまるものにチェックしてください。

1. 到目前为止，是否接受过使用造影剂（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。

否/いいえ

是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列接受过的检查上划勾。（可选多项）

/「はい」に☑された方は、下記に受けたことのある検査に☑してください。（複数可）

CT検査/C T検査

MRI検査/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

胆嚢造影/胆嚢造影

2. 那时是否有过不良反应？/その時、副作用はありましたか。

否/いいえ

是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列出现过的不良反应上划勾。（可选多项）

/「はい」に☑された方は、下記に出たことのある副作用に☑してください。（複数可）

发疹/発疹

痒痒/かゆみ

恶心/吐き気

呕吐/嘔吐

头痛/頭痛

其他/その他()

3. 以前是否被诊断过哮喘？/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事ありますか。

否/いいえ

是/はい

4. 是否有过敏体质、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。

否/いいえ

是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列符合您的项目上划勾。

/「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。

荨麻疹/じんましん

特异性皮炎/アトピー性皮膚炎

过敏性鼻炎/アレルギー性鼻炎

药物过敏/薬のアレルギー(薬剤名称/薬剤名)

食物过敏/食物のアレルギー(食物名称/食物名)

其他/その他()

5. 以前是否被诊断过下列疾病？/以下の病気と言われたことがありますか。

否/いいえ

是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列符合您的项目上划勾。

/「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。

严重肝病/重い肝臓の病気

严重肾病/重い腎臓の病気

患者氏名：
患者ID：

中文/中国語

6. 是否接受过下表的手术或处置？/下表の手術や処置を受けたことがありますか。

否 /なし	是 /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 （ 年 月 日/ 年 月 日 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

7. 为了决定造影剂用量，请填写目前的体重

/造影剂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）

禁止携带以下的物品进入检查室。/次のものは検査室内に持ち込めません。

金属装饰品（项链、耳钉、发夹、发圈、戒指等）

/金属アクセサリー（ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など）

眼镜、隐形眼镜、身体固定器、假牙

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

磁卡、IC卡（月票、银行卡等）

/磁気カード・ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）

其他金属制品（钥匙、助听器、计步器、手表、手机等）

/その他の金属製品（鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など）

HEATTECH(发热内衣)、暖贴、磁力贴(PIP ELEKIBAN)、膏药、扩心贴片(NITRODERM)、戒烟贴

/ヒートテック、カイロ、エレキバン・湿布、ニトロダーム、禁煙補助シール