

患者氏名 :
患者ID :

Medical Questionnaire for Contrast-enhanced CT/造影CT検査 問診票

Patient Name /患者氏名							
Date of Birth /生年月日	Year/年	Month/月	Day/日	Age/年齢	Years old/歳	Sax/性別	<input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女

Prior to performing a contrast-enhanced CT scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions:

/造影剤を用いる検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。以下の質問に教えてください。

Please check all that apply. /あてはまるものにチェックしてください。

1. Have you ever had an examination using contrast media (IV injection or drip)?

/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。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい
- ☐ CT scan/CT検査 ☐ Urography/尿路造影
☐ Cholangiography/胆道造影 ☐ Angiography/血管造影
☐ MRI scan/MRI検査
☐ Please specify other contrast-enhanced examinations/その他の造影検査：

2. Did you have any adverse reactions after the examination?/その時、副作用はありましたか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい
- ☐ Rash/発疹 ☐ Itchiness/かゆみ
☐ Nausea/吐き気 ☐ Vomiting/嘔吐
☐ Headache/頭痛 ☐ Others/その他()

3. Have you ever felt unwell after taking medication or having an injection?

/飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい
- Name of medication(s)/薬品名：

4. Have you ever been diagnosed with asthma?/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

5. Do you have any allergies or allergic diseases?/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい
- ☐ Hives/じんましん
☐ Atopic dermatitis/アトピー性皮膚炎
☐ Allergic rhinitis/アレルギー性鼻炎
☐ Drug allergy/薬のアレルギー (Name of medication(s)/薬剤名)
☐ Food allergy/食物のアレルギー (Name of food(s)/食物名)
☐ Others /その他()

6. Have you ever been told that your kidney function is impaired (kidney failure, etc.)?

/腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われたことはありますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

7. Have you ever been diagnosed with hyperthyroidism (Graves' disease, etc.), myeloma, macroglobulinemia, tetany, or pheochromocytoma ?

/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。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

If yes, check the box (es) that apply to you.

/「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。

☐ Hyperthyroidism (Graves' disease)/甲状腺機能亢進症（バセドウ病）

☐ Myeloma/骨髄腫

☐ Macroglobulinemia/マクログロブリン血症

☐ Tetany/テタニー

☐ Pheochromocytoma/褐色細胞腫

☐ Severe heart disease/重い心臓の病気

☐ Severe liver disease/重い肝臓の病気

8. Are you taking diabetic medications?/糖尿病の薬を飲んでいますか。

* If you are taking biguanide anti-diabetic medications, you will need to stop taking the medication for a specific length of time.

/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。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

Name of medication(s)/薬品名 :

9. What is your weight?/体重をお書きください。

(kg)

10. Are you currently pregnant or possibly pregnant?/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。

☐ No/いいえ

☐ Do not know/わからない

☐ Yes/はい

Weeks of pregnancy/週数 :

* Please note contrast media may not be used. The use of contrast media is up to the doctor or radiologist in charge of the CT scan.

/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。