

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI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	Sex/性別 <input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女

Prior to performing an MRI scan, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.
/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. Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

No /なし	Yes /あり	Contents/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac pacemaker/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerebral artery clip placed over 20 years ago/20 年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implanted medical devices (ICD, cochlear implant, nerve stimulator, other) /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"/>	Movable artificial eye/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Breast expander/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hair growth spray, color contact lenses (Do not use them on the day of examination) /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"/>	Mascara・cosmetic products containing glitter particles (Do not use them on the day of examination) /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"/>	Implanted metal in the body/体内金属がある (When?/時期 Site/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnancy or possibly pregnant/妊娠または妊娠の可能性がある (Due date: Year/年 Month/月 Day/日 Currently pregnant/現在妊娠: Weeks of pregnancy/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tattoos, permanent makeup/刺青・アートメイクがある (Site/部位:)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current orthodontic treatment, current use of magnetic dentures /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hairpiece/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engaging in metal processing work/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claustrophobia/閉所恐怖症である

2. Have you ever been diagnosed with asthma?/ぜんそくはありますか。

- No/いいえ
 Previously/以前あった
 Yes/はい (Currently under treatment/現在治療中)

3. Have you ever experienced any adverse reactions to medications?

/今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

If yes, check the box(es) indicating the symptom(s) you had. (Multiple answers are possible)
/「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)

- 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
 Asthma/喘息
 Throat discomfort/のどの違和感
 Drug allergy/薬のアレルギー (Name of medicine(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 ()

4. Have you ever had an MRI scan before?/今までにMRI 検査を受けたことがありますか。

- No/いいえ
 Yes/はい

When did you have it?/いつ頃受けられましたか。
Year/年 Month/月 Day/日

患者氏名：
患者ID：

English/英語

5. Write your current weight. It is necessary to determine the scanning conditions (e.g. the length of inspection).
/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。

Weight/体重: /kg

6. If you are taking a pelvic MRI scan for gynecologic examination, answer the following questions.
/婦人科領域の骨盤MRI検査を受けられる方のみ該当する欄についてお答え下さい。

The organs' images will vary depending on your menstrual cycle./月経周期により画像の見え方が異なります。

1) Last period/最終月経

Year/年 Month/月 Day/日~ Year/年 Month/月 Day/日

2) Menstrual cycle/月経周期

Regular/順調 Irregular/不順

3) Do you have dysmenorrhea (painful periods)?/月経困難はありますか。

Almost none/あまりない Mild/軽度 Severe/強い

4) Age of menopause/閉経した年齢は？

age/年齢: years old/歳

5) Have you ever had hormone therapy? /ホルモン療法を受けたことがありますか。

No/いいえ
Yes/はい

If yes, specify the reason for treatment./「はい」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。

Dysmenorrhea/月経困難
Infertility/不妊
Others/その他()

Other precautions/その他

- If you have an implanted cardiac pacemaker, ICD or other implantable medical devices, check with your doctors beforehand whether you are able to take an MRI scan.

/ペースメーカーやICD、その他体内埋め込み型の医療機器がある場合には、MRI検査の実施可否を事前に主治医にご確認ください。

- You cannot bring the following items into the examination room./次のものは検査室内に持ち込めません。

Metal accessories (necklaces, pierced earrings, hair pins, headbands, rings, etc.)
/金属アクセサリ（ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など）

Glasses, contact lenses, corset, dentures
/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Magnetic cards, IC cards (commuter passes, magnetic bank cards, etc.)
/磁気カード・ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）

Other metal objects (keys, hearing aids, pedometers, watches, cellular phones, etc.)
/その他の金属製品（鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など）

Thermal clothing, disposable body warmers, magnetic plasters, wet compresses, Nitroderm,
non-smoking patches
/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

- If you have any questions, please ask the technician in charge.

/上記で何かご質問等があれば、検査担当技師におたずね下さい。