

患者氏名：  
患者ID：

English/英語

## Medical Questionnaire for MRI Scan/MRI検査 問診票

<b>Patient Name</b> /患者氏名						
<b>Date of Birth</b> /生年月日	Year/年	Month/月	Day/日	<b>Age/年齢</b>	Years old/歳	<b>Sex/性別</b> <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

