

患者氏名：
患者ID：

Español/スペイン語

Questionario Médico Examen de Tomografía Computarizada (TC) con Medio de Contraste/造影CT検査 問診票

Nombre del paciente /患者氏名							
Fecha de nacimiento /生年月日	Año/年	Mes/月	Día/日	Edad/年齢	años/歳	Sexo/性別	<input type="checkbox"/> M/男 <input type="checkbox"/> F/女

Al realizarse el examen utilizando el medio de contraste, queremos confirmar su estado de salud. Conteste por favor a las siguientes preguntas; /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。

Por favor marque las casillas que le correspondan./あてはまるものにチェックしてください。

1. ¿Alguna vez se ha sometido a algún examen utilizando el medio de contraste (inyecciones)?

/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
- Sí/はい
 - Examen de TC/C T 検査
 - Urografía/尿路造影
 - Colangiografía/胆道造影
 - Angiografía/血管造影
 - Prueba de IRM/MR I 検査
 - Otro examen con medio de contraste/その他の造影検査：

2. En esa ocasión ¿ha tenido efectos secundarios?/その時、副作用はありましたか。

- No/いいえ
- Sí/はい
 - Erupción/発疹
 - Picazón/かゆみ
 - Náuseas/吐き気
 - Vómito/嘔吐
 - Dolor de cabeza/頭痛
 - Otros/その他(

3. ¿Alguna vez se ha puesto mal por la toma de medicamentos orales o inyectables?

/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
- Sí/はい
 - Nombre del medicamento/薬品名：

4. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con asma?/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
- Sí/はい

5. ¿Es usted alérgico o sufre de enfermedad alérgica?/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
- Sí/はい
 - Urticaria/じんましん
 - Dermatitis atópica/アトピー性皮膚炎
 - Rinitis alérgica/アレルギー性鼻炎
 - Alergia a medicamentos/薬のアレルギー (Nombre de medicamento/薬剤名)
 - Alergia a alimentos/食物のアレルギー (Nombre de alimento/食物名)
 - Otros/その他()

6. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado de un mal funcionamiento de los riñones (insuficiencia renal)?

/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
- Sí/はい

患者氏名 :
患者ID :

Español/スペイン語

7. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cualquiera de las enfermedades de hipertiroidismo (enfermedad de Basedow, etc.), mieloma, macroglobulinemia, tetania, feocromositoma?

/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
 Sí/はい

Si su respuesta es “Sí”, marque las casillas que le correspondan.

/「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。

- Hipertiroidismo (Enfermedad de Basedow)/甲状腺機能亢進症（バセドウ病）
 Mieloma/骨髄腫
 Macroglobulinemia/マクログロブリン血症
 Tetania/テタニー
 Feocromositoma/褐色細胞腫
 Enfermedad cardíaca grave/重い心臓の病気
 Enfermedad hepática grave/重い肝臓の病気

8. ¿Actualmente está tomando algún medicamento para la diabetes?/糖尿病の薬を飲んでいますか。

* Si está tomando el medicamento para la diabetes basado en Biguanidas, será necesario que deje de tomarlo por un cierto tiempo de período.

/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
 Sí/はい

Nombre de medicamento/薬品名 :

9. Por favor escriba su peso actual./体重をお書きください。

(/kg)

10. ¿Actualmente está usted embarazada o puede estar embarazada?

/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
 No se./わからない
 Sí/はい

Número de semana/週数 :

* Es posible que no se utilice el medio de contraste a juicio del médico o radiólogo encargado del examen. Agradecemos su comprensión.

/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。