

患者氏名 :
患者ID :

MRI 검사 문진표/MR I 検査 問診票

환자성함 /患者氏名						
생년월일 /生年月日	년/年	월/月	일/日	연령/年齢	세/歳	성별/性別 <input type="checkbox"/> 남/男 <input type="checkbox"/> 여/女

MRI 검사를 위해 귀하의 몸 상태를 확인하고자 합니다. 알고 있는 범위 내에서 이하의 질문에 대해 주십시오.
/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. 해당되는 사항에 체크해 주십시오./あてはまるものにチェックしてください。

없음 /なし	있음 /あり	내용/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	심장 페이스 메이커/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20년 이상 된 뇌동맥 클립/20年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	체내 삽입형 장치 (ICD·삽입형 제세동기·인공내이·신경자극장치·기타) /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"/>	가동성 의안/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	유방 익스팬더 (조직확장기)/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	증모 스프레이·칼라 콘택트렌즈 (검사 당일에는 사용하지 말아 주십시오) /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"/>	마스카라·필이 들어간 화장품 (검사 당일에는 사용하지 말아 주십시오) /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"/>	체내 금속이 있다/体内金属がある (시기/時期 부위/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	현재 임신 중이거나 임신의 가능성이 있다/妊娠またはその可能性がある (년 월 일 / 年 月 日 현재 임신/現在妊娠 주/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	문신·아트 메이크(반영구 화장)/刺青・アートメイクがある (부위/部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	치아 교정 중·자석 의치 사용 중/歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	가발 사용 중/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	금속 가공업에 종사 중/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	폐소 공포증/閉所恐怖症である

2. 천식이 있습니까?/ぜんそくはありますか。

- 아니오/いいえ
- 전에 있었음/以前あった
- 예/はい(현재 치료중/現在治療中)

3. 지금까지 약물에 부작용이 있었던 적이 있습니까?/今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- 아니오/いいえ
- 예/はい
「예」에 하신 분은 다음 항목 중 나타난 부작용에 해 주십시오. (복수선택 가능)
/「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)
두드러기/じんましん 아토피성 피부염/アトピー性皮膚炎
알레르기성 비염/アレルギー性鼻炎 천식/喘息 목의 불편함/のどの違和感
약물 알레르기/薬のアレルギー(약제명/薬剤名)
음식물 알레르기/食物のアレルギー(식품명/食物名)
기타/その他()

4. 지금까지 MRI검사를 받은 적이 있습니까?/今までにMRI検査を受けたことがありますか。

- 아니오/いいえ
- 예/はい
언제쯤 받으셨습니까?/いつ頃受けられましたか。
년/年 월/月 일/日

患者氏名 :
患者ID :

5. 체중에 따라서 촬영조건 (시간 등) 이 바뀔 수 있습니다. 현재의 체중을 기입해 주십시오.
/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。

체중/体重: kg

6. 부인과 영역의 골반 MRI검사를 받으실 분만 해당되는 질문에 답해 주십시오.
/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。

월경주기에 따라 사진이 다르게 보입니다./月経周期により画像の見え方が異なります。

1) 최종월경/最終月経

년/年 월/月 일/日 ~ 년/年 월/月 일/日

2) 월경주기/月経周期

- 규칙적/順調
불규칙적/不順

3) 월경곤란이 있습니까?/月経困難はありますか。

- 별로 없음/あまりない 가볍게 있음/軽度 심함/強い

4) 폐경된 연령은?/閉経した年齢は。

연령/年齢 : 세/歳

5) 호르몬 요법을 받은 적이 있습니까?/ホルモン療法を受けたことがありますか。

- 아니오/いいえ
예/はい

「예」에 ☑하신 분은 다음 항목 중 해당되는 것에 ☑해 주십시오.
/「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。

- 월경곤란/月経困難
불임/不妊
기타/その他 ()

기타/その他

●페이스 메이커와 ICD(삽입형 체세동기), 그 외의 체내 삽입형 의료기구가 있을 경우에는 MRI검사 실시가 가능한 지에 대하여 사전에 주치의에게 확인해 주십시오.

/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。

●다음 물품들은 검사실내로 반입할 수 없습니다./次のものは検査室内に持ち込めません。

금속 액세서리 (목걸이·귀걸이·헤어핀·머리띠·반지 등)

/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)

안경·콘택트렌즈, 코르셋, 의치

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

자기 카드·IC 카드(교통 카드 정기권, 은행 카드 등)

/磁気カード・ICカード (乗り物の定期券、銀行カードなど)

그 외의 금속 제품(열쇠, 보청기, 만보계, 손목시계, 휴대전화 등)

/その他の金属製品 (鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など)

히트텍, 손난로, 에레키반(자석파스)·습포(파스), 니트로다무(불이는 협심증 치료제),
금연 보조제 스티커

/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

●위 내용 중 궁금한 점이 있을 경우에는 검사 담당의에게 문의해 주십시오.

/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。