

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

Formulário de Exame de TC Contrastada/造影CT検査 問診票

Nome do(a) paciente /患者氏名						
Data de nascimento /生年月日	Ano/年	Mês/月	Dia/日	Idade/年齢	anos/歳	Sexo/性別 ☐ M/男 ☐ F/女

Como realizaremos o exame utilizando o meio de contraste, vamos confirmar o estado do seu organismo. Favor responder as perguntas abaixo.
/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。以下の質問に答えてください。

Favor assinalar os itens que correspondem a você./あてはまるものにチェックしてください。

1. Já realizou alguma vez, exames que utilizem o meio de contraste (injetável/por gotejamento de soro) ?

/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。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

☐ Exame de TC/C T検査

☐ Urografia/尿路造影

☐ Colangiografia/胆道造影

☐ Angiografia/血管造影

☐ Exame de IRM /MRI検査

☐ Outros exames contrastados/その他の造影検査：

2. Teve efeitos colaterais na ocasião ? /その時、副作用はありましたか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

☐ Urticária/発疹

☐ Coceira/かゆみ

☐ Náusea/吐き気

☐ Vômito/嘔吐

☐ Dor de cabeça/頭痛

☐ Outros/その他()

3. Já passou mal após tomar algum medicamento oral ou injetável ?

/飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

Nome da medicação/薬品名：

4. Já foi diagnosticado alguma vez, como tendo asma?/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

5. Tem constituição alérgica ou tem alguma doença alérgica?

/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

☐ Urticária/じんましん

☐ Dermatite atópica/アトピー性皮膚炎

☐ Rinite alérgica/アレルギー性鼻炎

☐ Alergia a medicamentos /薬のアレルギー (Nome da medicação/薬剤名

)

☐ Alergia a alimentos/食物のアレルギー (Nome do alimento/食物名

)

☐ Outros/その他()

6. Já foi diagnosticado alguma vez com problemas renais (tais como insuficiência renal)?

/腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）と言われた事がありますか。

☐ Não/いいえ

☐ Sim/はい

患者氏名 :
患者ID :

Português/ポルトガル語

7. Já foi diagnosticado alguma vez de uma das seguintes doenças: hipertireoidismo (Doença de Basedow, entre outras), mieloma, macroglobulinemia, tetania, feocromocitoma?

/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。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

Quem respondeu “Sim” ☒, favor assinalar ☒ na resposta correspondente.

/「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。

- ☐ Hipertireoidismo (Doença 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 ☐ Feocromocitoma/褐色細胞腫
☐ Doença cardíaca grave/重い心臓の病気 ☐ Doença hepática grave/重い肝臓の病気

8. Está tomando alguma medicação para a diabetes?/糖尿病の薬を飲んでいますか。

*As pessoas que fazem uso de medicamentos de biguanidas para o diabetes, têm que suspender temporariamente a medicação.
/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。

- ☐ Não/いいえ
☐ Sim/はい

Nome da medicação /薬品名 :

9. Favor escrever o seu peso./体重をお書きください。

(kg)

10. Atualmente está grávida ou tem possibilidade de estar grávida?

/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。

- ☐ Não/いいえ
☐ Não sabe/わからない
☐ Sim/はい

número de semanas/週数 :

* Pode ser que seja suspenso o uso de meio de contraste por decisão do médico responsável ou do radiologista.

Solicitamos a sua compreensão.

/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。