

患者氏名：
患者ID：

MRI検査 問診表 /MRI検査問診票

患者姓名 /患者氏名								
出生日期 /生年月日	年/年	月/月	日/日	年齢/年齢	岁/歳	性別/性別	<input type="checkbox"/> 男/男	<input type="checkbox"/> 女/女

在MRI检查前，需要确认您的身体情况。请在知道的范围内回答下列问题。

/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. 请在符合的项目上划勾。/あてはまるものにチェックしてください。

无 /なし	有 /あり	内容/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心脏起搏器/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	已有 20 年以上的脑动脉夹/20 年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	植入型的装置(心律转复除颤器、人工内耳、神经刺激装置、其他) /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"/>	可动型义眼/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳房组织扩张器/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生发剂、有色隐形眼镜(当天请不要使用) /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"/>	睫毛膏・含亮粉的化妆品(当天请不要使用) /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"/>	体内有金属/体内金属がある (什么时候/時期 部位/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠或有妊娠的可能/妊娠またはその可能性がある (年 月 日/ 年 月 日 现在妊娠第/現在妊娠 周/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有刺青、纹身/刺青・アートメイクがある (部位/部位:)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	正在矫正牙齿、使用带有磁性的假牙/歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	戴假发/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	从事金属加工相关工作/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有幽闭恐惧症/閉所恐怖症である

2. 是否有哮喘? /ぜんそくはありますか。

- 否/いいえ
以前有过/以前あった
是/はい(现在在治疗中/現在治療中)

3. 到目前为止，是否对药物产生过不良反应?/今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- 否/いいえ
是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列出现过的不良反应的项目上划勾。(可选多项)

/「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)

- 荨麻疹/じんましん 特异性皮炎/アトピー性皮膚炎
过敏性鼻炎/アレルギー性鼻炎 哮喘/喘息 咽喉不适/のどの違和感
药物过敏/薬のアレルギー(药剂名称/薬剤名)
食物过敏/食物のアレルギー (食物名称/食物名)
其他/その他 ()

患者氏名：
患者ID：

4. 到目前为止，是否接受过MRI检查？/今までにMRI検査を受けたことがありますか。

- 否/いいえ
 是/はい

什么时候接受的检查？/いつ頃受けられましたか。
年/年 月/月 日/日

5. 将根据您的体重，设定拍摄条件（时间等），请填写现在的体重。

/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。

体 重/体 重: 公斤/kg

6. 仅限于接受妇科的骨盆MRI检查的患者回答相关项目。

/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。

在月经周期的不同阶段，所呈现的影像会有所不同。/月経周期により画像の見え方が異なります。

1) 最后一次月经/最終月経

年/年 月/月 日/日～ 年/年 月/月 日/日

2) 月经周期/月経周期

- 正常/順調
 不正常/不順

3) 是否有痛经？/月経困難はありますか。

- 很少有/あまりない 轻度/軽度 重度/強い

4) 绝经年龄/閉経した年齢は。

年齢/年齢: 岁/歳

5) 是否接受过激素疗法？/ホルモン療法を受けたことがありますか。

- 否/いいえ
 是/はい

在“是”上划勾的患者，请在下列符合的项目上划勾。

/「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。

- 痛经/月経困難
 不孕/不妊
 其他/その他 ()

其他/その他

- 若有心脏起搏器、心律转复除颤器或其他植入体内的医疗仪器，请事先与主治医生确认能否接受MRI检查。

/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。

- 禁止携带以下的物品进入检查室。/次のものは検査室内に持ち込めません。

金属装饰品（项链、耳钉、发夹、发圈、戒指等）

/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）

眼镜、隐形眼镜、身体固定器、假牙

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

磁卡、IC卡（月票、银行卡等）

/磁気カード・ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）

其他金属制品（钥匙、助听器、计步器、手表、手机等）

/その他の金属製品（鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など）

HEATTECH（发热内衣）、暖贴、磁力贴（PIP ELEKIBAN）、膏药、扩心贴片（NITRODERM）、戒烟贴

/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

- 如果对上述内容有疑问时，请咨询检查技师。

/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。