

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**

<b>Nombre del paciente /患者氏名</b>							
<b>Fecha de nacimiento /生年月日</b>	Año/年	Mes/月	Día/日	<b>Edad/年齢</b>	años/歳	<b>Sexo/性別</b>	<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。