

患者氏名：
患者ID：

Español/スペイン語

Cuestionario del Examen IRM con medio de contraste/造影MRI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"/> masculino/男 <input type="checkbox"/> femenino/女

Antes de realizar el examen de IRM, queremos verificar el estado de su cuerpo. Responda a las siguientes preguntas dentro de sus posibilidades.

*Hay casos en los que no podrá usarse el medio de contraste debido al criterio del médico radiólogo, rogamos su comprensión.

/造影MRI検査を行うにあたり、貴方の体の状態を確認します。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。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。

Por favor marque según corresponda./あてはまるものにチェックしてください。

1. ¿Hasta el momento, se ha hecho algún examen en el que hayan utilizado medio de contraste (inyección/goteo)? /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

Quien ha marcado "sí" marque debajo el examen que se ha hecho. (puede marcar varios)

/「はい」に☑された方は、下記に受けたことのある検査に☑してください。(複数可)

- examen de TC/C T検査 examen de IRM/MRI 検査 urografía/尿路造影
 colangiografía/胆道造影 angiografía/血管造影 colecistograma/胆嚢造影

2. ¿En ese momento tuvo efectos secundarios?/その時、副作用はありましたか。

- no/いいえ
 sí/はい

Quien ha marcado "sí" marque debajo los efectos secundarios que tuvo. (Puede marcar varios)

/「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)

- erupción/発疹 escozor/かゆみ
 náuseas/吐き気 vómito/嘔吐
 dolor de cabeza/頭痛 otros/その他 ()

3. ¿Hasta el momento, alguna vez le han diagnosticado asma?/今までに喘息(ぜんそく)と言われた事ありますか。

- no/いいえ
 sí/はい

4. ¿Tiene alergia o alguna 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

Quien ha marcado "sí" marque debajo según corresponda.

/「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。

- 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 del medicamento/薬剤名)
 alergia a comidas/食物のアレルギー (nombre de la comida/食物名)
 Otros/その他 ()

5. ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades?/以下の病気と言われたことがありますか。

- no/いいえ
 sí/はい

Quien ha marcado "sí" marque debajo según corresponda.

/「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。

- Enfermedad hepática grave/重い肝臓の病気
 Enfermedad renal grave/重い腎臓の病気

患者氏名：
患者ID：

Español/スペイン語

6. ¿Alguna vez se ha operado o ha recibido alguno de los tratamiento que figuran en el siguiente cuadro?
/下表の手術や処置を受けたことがありますか？

no /なし	sí /あり	Contenido/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	marcapasos cardíaco/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clip para aneurisma cerebral por más de 20 años/20年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implante de dispositivo (DAI, implante en el oído interno, neuroestimulador, otros) /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"/>	Prótesis ocular movable/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansor mamario/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spray para calvicie, lentes de contacto con color (no utilizar el día del examen) /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"/>	Rímel, cosméticos con purpurina (no utilizar el día del examen) /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"/>	Tengo metal dentro del cuerpo/体内金属がある (época/時期 parte/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada o posibilidad de estarlo/妊娠またはその可能性がある (año/年 mes/月 día/日 actualmente embarazada/現在妊娠 semanas/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuaje・maquillaje permanente/刺青・アートメイクがある (parte del cuerpo/部位 :)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En tratamiento de corrección dental, prótesis dentales con imán /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy usando peluca/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Me dedico a trabajar con metales/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufro de claustrofobia/閉所恐怖症である

7. Por favor escriba su peso actual para poder determinar la cantidad del medio de contraste.
/造影剤の使用量を決定するために、現在の体重をご記入下さい。

(kg)

No puede entrar en la sala de examen con los siguientes elementos./次のものは検査室内に持ち込めません。

Accesorios metálicos (collar, aretes, horquilla, vincha, anillo, etc.)

/金属アクセサリー (ネックレス・ピアス・ヘアピン・カチューシャ・指輪など)

Anteojos, lentes de contacto, corsé, dientes postizos

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

Tarjeta magnética, tarjeta de circuito integrado (pases de medios de transporte, tarjeta bancaria, etc.)

/磁気カード・ICカード (乗り物の定期券、銀行カードなど)

Otros productos metálicos (llave, audífono, podómetro, reloj pulsera, teléfono portátil, etc.)

/その他の金属製品 (鍵、補聴器、万歩計、腕時計、携帯電話など)

Camiseta térmica HEATTECH, parche térmico (CAIRO), parche magnético (EREKIBAN), compresa (SHIPPU), parche transdérmico (NITRODERM), parches de nicotina

/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

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

Los presentes documentos fueron elaborados bajo la supervisión de los médicos y los expertos en derecho, etc. Sin embargo cuando suceda una interpretación diferente debido a la diferencia del idioma y los sistemas, etc. entre Japón y un país extranjero, se dará prioridad al idioma japonés.