

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

조영 CT검사 문진표/造影CT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	☐ 남/男	☐ 여/女

조영제를 사용한 검사를 위해 귀하의 몸 상태를 확인하고자 합니다. 아래의 질문에 답해 주십시오.
/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。

해당되는 사항에 체크해 주십시오./あてはまるものにチェックしてください。

1. 지금까지 조영제(주사/링거)를 이용한 검사를 받은 적이 있습니까?

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

☐CT 검사/C T検査

☐요도 조영검사/尿路造影

☐담도 조영검사/胆道造影

☐혈관 조영검사/血管造影

☐MRI 검사/MR I検査

☐기타 조영검사/その他の造影検査 :

2. 검사 당시 부작용이 있었습니까?/その時、副作用はありましたか。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

☐발진/発疹

☐가려움/かゆみ

☐구역질/吐き気

☐구토/嘔吐

☐두통/頭痛

☐기타/その他()

3. 내복약이나 주사약에 부작용이 있었던 적이 있습니까?

/飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

약품명/薬品名 :

4. 천식을 진단받은 적이 있습니까?/今までに喘息(ぜんそく)と言われた事がありますか。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

5. 알레르기 체질이거나 알레르기성 질환을 앓고 계십니까?

/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

☐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

☐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()

6. 신장 기능이 좋지 않다(신부전 등)는 진단을 받은 적이 있습니까?

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

7. 갑상선 기능 항진증 (바세도우병 등) , 골수종, 매크로 글로불린 혈증, 테타니, 갈색세포종을

진단받은 적이 있습니까?

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

「예」에 ☐하신 분은 다음 항목 중 해당되는 사항에 ☐해 주십시오.

/「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。

☐갑상선 기능 항진증(바세도우병)/甲状腺機能亢進症 (バセドウ病)

☐골수종/骨髄種

☐매크로 글로불린 혈증/マクログロブリン血症

☐테타니/テタニー

☐갈색세포종/褐色細胞腫

☐중증 심장 질환/重い心臓の病気

☐중증 간장 질환/重い肝臓の病気

8. 당뇨병 약을 복용하고 있습니까?/糖尿病の薬を飲んでいますか。

*비구아나이드계 당뇨병 약을 복용 중인 분은 일정기간 휴약하셔야 합니다.

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

약품명/薬品名 :

9. 체중을 기입해 주십시오./体重をお書きください。

(kg)

10. 현재 임신 중이거나 임신의 가능성이 있습니까?

/現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。

☐아니오/いいえ

☐모름/わからない

☐예/はい

임신 주수/週数 :

* 검사담당의사, 방사선과의사의 판단에 따라 조영제를 사용하지 않을 경우도 있으므로 양해바랍니다.

/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。