

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

Formulário para o exame de IRM/MRI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	<input type="checkbox"/> M/男	<input type="checkbox"/> F/女

Para realizar o exame de IRM, vamos confirmar as condições do seu organismo. Favor responder as perguntas abaixo, na medida do seu conhecimento.
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. Favor assinalar o item correspondente./あてはまるものにチェックしてください。

Não tem (Não) /なし	Tem (Sim) /あり	Conteúdo/内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca-passo cardíaco/心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clipe de artéria cerebral de há mais de 20 anos/20年以上前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo implantado no corpo (DIC・implante no ouvido interno・dispositivo de estimulação do nervo・outros) /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"/>	Olho artificial móvel/可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expansor de mama/乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spray para dar volume ao cabelo・lentes de contato (favor não usar no dia do exame) /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 contendo pó brilhante (favor não usar no dia do exame) /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"/>	Tem metal dentro do corpo/体内金属がある (Desde quando/時期 Local/部位)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está grávida ou tem possibilidade de estar grávida/妊娠またはその可能性がある (Data atual da gravidez Ano/年 Mês/月 Dia/日 Atualmente está grávida de/現在妊娠 semanas/週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tatuagem・maquilagem artística/刺青・アートメイクがある (Local/部位:)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em tratamento ortodôntico・em uso de prótese com ímã /歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa peruca/かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabalha com processamento de metais/金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sofre de claustrofobia/閉所恐怖症である

2. Tem asma? /ぜんそくはありますか。

- Não/いいえ
- Tinha antes/以前あった
- Sim/はい (Atualmente em tratamento/現在治療中)

3. Já teve até o momento, alguma reação colateral a medicamentos? /今までに薬で副作用がでたことはありますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar abaixo os efeitos colaterais que teve (é possível múltiplas respostas) / 「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)

- 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
- Asma/喘息
- Desconforto na garganta/のどの違和感
- Alergia a medicamentos/薬のアレルギー (Nome do medicamento/薬剤名)
- Alergia a alimentos/食物のアレルギー (Nome do alimento/食物名)
- Outros/その他 ()

4. Já se submeteu até o momento ao exame de IRM? /今までにMRI 検査を受けたことがありますか。

- Não/いいえ
- Sim/はい

Se sua resposta for “Sim”, quando você o fez, aproximadamente? /いつ頃受けられましたか。

Ano/年 Mês/月 Dia/日

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

5. As condições da filmagem do exame alteram conforme o peso corporal (tempo, etc.), por isso, escreva o seu peso atual.

/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。

Peso corporal/体重: kg

6. Apenas para as pessoas que vão fazer o exame de IRM da pelve, cujo local se refere à ginecologia.

/婦人科領域の骨盤MR I 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。

A aparência da imagem muda conforme o ciclo menstrual./月経周期により画像の見え方が異なります。

1) Data da última menstruação/最終月経

Desde o ano/年 mês/月 dia/日 até o ano/年 mês/月 dia/日

2) Ciclo menstrual/月経周期

Regular/順調 Irregular/不順

3) Tem cólicas menstruais ? /月経困難はありますか。

Não tem muito/あまりない Leve/軽度 Forte/強い

4) Com que idade teve a menopausa ? /閉経した年齢は。

Idade/年齢 anos/歳

5) Já fez tratamento com hormônios ? /ホルモン療法を受けたことがありますか。

Não/いいえ

Sim/はい

「Quem respondeu “Sim”, favor assinalar abaixo, o item correspondente / 「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。

Distúrbios menstruais/月経困難 Infertilidade/不妊
 Outros/その他 ()

Outros/その他

- Caso tenha marca-passo, DIC ou outros dispositivos implantados, favor confirmar com o médico responsável a possibilidade ou não da realização do exame.

/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。

- Não é permitido entrar na sala de exame com os seguintes artigos.

/次のものは検査室内に持ち込めません。

Acessórios metálicos (colar, brinco, grampo de cabelo, adornos de cabelo, anéis, etc.)

/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）

óculos • lentes de contato, espartilho (*corselet*), dentadura

/眼鏡・コンタクトレンズ、コルセット、義歯

cartões magnéticos • cartões IC (cartão bilhete de transporte, cartão de banco, etc.)

/磁気カード・ICカード（乗り物の定期券、銀行カードなど）

Outros artigos de metal (chave, aparelho auditivo, pedômetro, relógio de pulso, telefone celular, 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 HEATTECH, saquinho térmico descartável (*CAIRO*), botões magnéticos (*EREKIBAN*), compressas adesivas (*SHIPPU*), adesivo de nitroglicerina (*NITRODERM*), adesivo auxiliar contra tabagismo.

/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

- Caso tenha alguma dúvida referente em relação ao acima descrito, favor consultar o técnico responsável de exames.

/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。

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。

Este texto foi preparado sob supervisão de médicos e especialistas em Direito, porém, caso surja divergência de interpretação por diferenças de línguas ou sistemas etc. entre o Japão e países estrangeiros, será priorizada a versão em língua japonesa.