

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

Formulário de exame de IRM Contrastada/造影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.

/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

Favor responder as perguntas abaixo, na medida do seu conhecimento.

/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。

*Conforme a decisão do médico radiologista, pode ser que não se utilize o meio de contraste. Solicitamos a sua compreensão.

/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。

Favor assinalar o item correspondente./あてはまるものにチェックしてください。

1. Já realizou alguma vez exame com o meio de contraste (injetável/por gotejamento)?

/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。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar abaixo nos exames que já fez (é possível múltiplas respostas).

/「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)

- Exame de TC/C T 検査 Exame de IRM/MRI 検査 Urografia/尿路造影
 Colangiografia/胆道造影 Arteriografia/血管造影 Colecistografia/胆嚢造影

2. Nesta ocasião, teve efeitos colaterais?/その時、副作用はありましたか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar abaixo nos 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/発疹 Coceira/かゆみ
 Náusea/吐き気 Vômito/嘔吐
 Dor de cabeça/頭痛 Outros/その他()

3. Já foi diagnosticado alguma vez com asma?/今までに喘息（ぜんそく）と言われた事ありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

4. Tem constituição alérgica, ou tem alguma doença alérgica?/アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar abaixo no item correspondente.

/「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。

- 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
 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()

5. Já foi diagnosticado com uma das doenças abaixo?/以下の病気と言われたことがありますか。

- Não/いいえ
 Sim/はい

Quem respondeu “Sim”, favor assinalar abaixo no item correspondente.

/「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。

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

患者氏名：
患者ID：

Português/ポルトガル語

6. Fez cirurgia ou teve intervenção de algum item abaixo?/下表の手術や処置を受けたことがありますか。

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

7. Favor escrever o seu peso atual para decidir a quantidade do meio 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)

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