

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario médico para el examen de imagen por resonancia magnética**(IRM) con medio de contraste/ 造影MRI検査 問診票**

Nombre y apellido del paciente/ 患者氏名		Fecha/ 日付	año/ 年	mes/ 月	día/ 日
Fecha de nacimiento/ 生年月日	año/ 年	mes/ 月	día/ 日	Sexo/ 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Femenino/ 女
Nº ID del hospital del paciente/ 患者 ID		Edad/ 年齢	años/ 歳		

Antes de realizarle un examen de IRM con medio de contraste, nos gustaría saber acerca de su estado físico. Por favor conteste a las siguientes preguntas de la mejor manera que pueda./ 造影 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。

*Tenga en cuenta que puede **no** utilizarse un medio de contraste por decisión del radiólogo.

/ 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。

Marque por favor las casillas apropiadas./ あてはまるものにチェックしてください。

1. ¿Le han realizado alguna vez exámenes con un medio de contraste (inyectado o administrado por goteo intravenoso)?

/ 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？

- Sí/ あり→
- TC/ CT 検査 IRM/ MRI 検査 Urografía/ 尿路造影
- Colangiografía/ 胆道造影 Angiografía/ 血管造影 Colecistografía/ 胆嚢造影
- No/ なし

2. ¿Tuvo alguna reacción adversa en ese examen?/ その時、副作用はありましたか？

- Sí/ あり→
- Sarpullido/ 発疹 Picor/ かゆみ Náuseas/ 吐き気
- Vómito/ 嘔吐 Dolor de cabeza/ 頭痛 Otra/ その他 ()
- No/ なし

3. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma?/ 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？

- Sí/ あり
- No/ なし

4. ¿Tiene alguna alergia o enfermedad alérgica?/ アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

- Sí/ あり→
- 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：()
- Alergia a alimentos/ 食物のアレルギー：()
- No/ なし

5. ¿En algún momento le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?/ 以下の病気といわれたことがありますか？

- Sí/ あり→
- Enfermedad cardiovascular grave/ 重い心臓の病気 Enfermedad hepática grave/ 重い肝臓の病気
- Enfermedad grave de la glándula tiroidea/ 重い甲状腺の病気 Macroglobulinemia/ マクログロブリン血症
- Mieloma múltiple/ 多発性骨髄腫 Tetania/ テタニー
- Feocromocitoma/ 褐色細胞腫
- No/ なし

* Continúa en la página siguiente/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名 :

患者 ID :

6. ¿Alguna vez le han dicho que tiene insuficiencia renal?

/ 腎臓の働きが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？

 Sí/ あり No/ なし**7. ¿Tiene implantada alguna pieza de metal, como por ejemplo un marcapasos?/ ペースメーカーなどの金属を体内に埋め込んでいますか？** Sí/ あり→

Tipo de metal/ 金属名: _____

 No/ なし**8. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes?/ 糖尿病の薬を飲んでいますか？** Sí/ あり→

Nombre del medicamento/ 薬剤名: _____

 No/ なし**9. ¿Está o podría estar usted embarazada?/ 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？** Sí/ あり No/ なし No lo sé/ わからない**10. ¿Usa lentillas de contacto?/ コンタクトレンズを装着していますか？** Sí/ あり No/ なし**11. Por favor escriba su peso. Esta información es necesaria para determinar la dosis 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)