

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Radiology <b>CT Questionnaire (Outpatient) (Japanese)</b> <b>CT 用問診表 (外来)</b>	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

Date 日付: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) (月/日/西暦年)

Form completed by:  Patient 患者  Family (relationship) 家族 (関係) : \_\_\_\_\_  
 問診表記入者:  UMHHS Staff ミシガン大学病院スタッフ  Other (specify) その他 (具体的に) : \_\_\_\_\_

**DO YOU HAVE A HISTORY OF ANY OF THE FOLLOWING:**

以下の既往歴がありますか。:

**YES**    **NO**    **UNKNOWN**  
 はい    いいえ    不明

1. Any IV contrast (X-ray dye) allergy? 造影剤の点滴 (X線用造影剤) に対するアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If yes to question #1, did you receive a steroid / Benadryl prep to prepare for today's exam?</i> 1の質問にはいと答えた方は、本日の検査のためにステロイド剤またはベネドрилを服用しましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you pregnant or breast feeding? 妊娠中または授乳中ですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Chest pain, angina or heart failure? これまでに胸痛、狭心症、または心不全を経験したことがありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>These medical condition related questions will be used to prescribe contrast media for your exam:</i> これらの病状に関する質問は、検査用造影剤の処方に使用します:			
• Kidney transplant? 腎臓移植をしていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kidney disease or Kidney failure? 腎臓病、または腎不全ですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Myasthenia gravis? 重症筋無力症ですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Thyroid cancer or overactive thyroid? 甲状腺癌または甲状腺機能亢進ですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Taken Interleukin-2 in the past 2 weeks? 過去2週間の間にインターロイキン2を使用しましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Do you have a colostomy/ileostomy? 人工肛門を使用/回腸造瘻術をしていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Taking Metformin (e.g. Glucophage®, Glucovance®, Avandamet®, Metaglip®)? メトホルミン (グルコファージ、グルコバンス、アバンドアメット、メタグリップ等) を服用していますか?  If yes, did you receive instructions about managing your diabetes while you are off the Metformin? はいと答えた方は、メトホルミンの使用中止期間中の糖尿病の管理について指導を受けていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Can you stand without assistance? 補助なしで立てますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you need an interpreter? (specify language): 通訳は必要ですか? (言語は):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Are you hearing impaired? 聴覚障害がありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Other communication issues (specify): その他、コミュニケーションに問題がありますか? (具体的に):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Radiology  <b>CT Questionnaire (Outpatient) (Japanese)</b>  <b>CT 用問診表 (外来)</b>	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
--	-------------------------------------

*Please note: All body piercing/jewelry/hairpins and any removable metal containing items or clothing must be removed before entering the CT scanner*

注意事項: すべてのボディー・ピアス/貴金属品/ヘアピンなど取り外しのできる金属や衣服は、CT スキャンをする前にはずして下さい。

Height 身長: \_\_\_\_\_ ft フィート \_\_\_\_\_ inch(es) インチ

Weight 体重: \_\_\_\_\_ lbs ポンド

Person Completing Questionnaire: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 問診表記入者の署名: \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_ Printed Name 氏名(活字体) \_\_\_\_\_ Date 日付(月/日/西暦年)

<b>HEALTHCARE PROVIDER / NURSE TO COMPLETE SECTION BELOW</b> <small>医療関係者は以下の箇所を記入してください。</small>				
Order	Completed	Staff Name (print)	Date	Time
Peripheral IV Placed (specify location and size):	<input type="checkbox"/>			
Serum Creatinine checked	<input type="checkbox"/>			
BUN checked	<input type="checkbox"/>			
Provided information sheet if patient is taking Metformin	<input type="checkbox"/>			
Reviewed questionnaire with patient	<input type="checkbox"/>			
Pregnancy Test performed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (indicate result) <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative				
Comments:				