

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Radiology MRI Questionnaire (Japanese) MRI 問診表	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
---	-------------------------------------

いいえ、はい、または分からないのどれかを選んで下さい。

Check NO, YES or DON'T KNOW:

NO YES DON'T KNOW
 いいえ はい 分かりません

1. 以前、MRI を受けたことはありますか？ Have you had an MRI before?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 以前、MRI を受けた時に何か問題がありましたか？ Have you had any problem(s) related to a previous MRI exam? はいと答えた方は、具体的に If yes, describe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 補助なしで立てますか？ Can you stand without assistance (help)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 1 時間の間、仰向けでじっと横になつていられますか？ Can you lie still on your back for 1 hour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 狭い所にいると恐れや不安を感じますか（閉所恐怖症）？ Are you afraid or anxious about being in small places (claustrophobic)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 患者の身長: _____ ft. / cm _____ in. 患者の体重: _____ kg / lb. Patient's Height Patient's Weight			
7. 患者は、身体的/精神的に障害がある、または応答できない状態ですか？ Is the patient physically/mentally impaired or unresponsive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. MRI の造影剤（ガドリニウム）にアレルギー反応を起こしたことがありますか？ Have you ever had an allergic reaction to MRI contrast (gadolinium)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 妊娠していますか？ Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
授乳中ですか？ Are you nursing (lactating/breastfeeding)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 制御不能な震えや呼吸障害がありますか？ Do you have uncontrollable shaking or breathing problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 以下のものを使用していますか Are you on: <input type="checkbox"/> 酸素？ Oxygen? <input type="checkbox"/> 人工呼吸器？ Ventilator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 以下のことが当てはまりますか Do you have: <input type="checkbox"/> 鎌状赤血球貧血症？ Sickle cell anemia? <input type="checkbox"/> 鎌状赤血球貧血症形質？ Sickle cell trait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 腎臓機能に問題があると言われたことは？ Have you ever been told you have poor kidney function?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 腎不全、腎臓または膀胱の手術、腎臓移植をしたことはありますか？ Have you ever had kidney failure, kidney or bladder surgery or a kidney transplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最近、血液検査をしましたか（採血）？ Have you had recent blood work (lab draw)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、透析されていますか？ Are you currently on dialysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最新の値は？ クレアチニン？ What is your recent creatinine? : _____ 尿素窒素？ BUN? : _____ 糸球体濾過量？ GFR? : _____ <input type="checkbox"/> 分かりません: Don't know			

MRI Questionnaire (Japanese)

MRI 問診表

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

いいえ、はい、または分かりませぬのどれかを選んで下さい。

Check NO, YES or DON'T KNOW:

NO YES DON'T KNOW
いいえ はい 分かりませぬ

<p>15. 過去6週間に手術を受けたことがある、またはそれ以前に手術を受けたことがありますか? Have you had any surgery in the last 6 weeks or any previous surgery? はいと答えた方は、その内容と時期は? If yes, what kind and date? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>16. 目の中の金属片を除去するため診療所/病院を受診したことはありますか? Have you ever gone to a clinic/hospital for removal of metal from your eye?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>17. 耳の手術を受けたことはありますか? はいと答えた方は、どのような手術ですか? Have you had ear surgery? If yes, what type? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>18. がんになったことがありますか。もしあれば、どこのがんですか。 Do you have any history of cancer? If yes, what type? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>19. 耳のインプラントをしたことがありますか? はいと答えた方は、どのような種類ですか? Do you have an ear implant? If yes, what kind? <input type="checkbox"/> 蝸牛 <input type="checkbox"/> 耳科的 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) : _____ <small>Cochlear Otologic Middle ear Other (specify)</small> はいと答えた方は、どのようなものですか? If yes, what is the: 種類 Make: _____ 型 Model: _____ 日付 Date: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>20. 開胸手術、または心臓や動脈に永久的な心臓装置/器具を埋め込むなどの処置を受けたことはありますか? Have you ever had open heart surgery or any type of permanent cardiac device/hardware placed into your heart or arteries of your heart? はいと答えた方は、その時期? If yes, when? _____ どこで (病院名)? Where (what hospital)? : _____ どのようなタイプ? <input type="checkbox"/> バイパス (CABG) <input type="checkbox"/> 心臓弁 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <small>What type? Bypass (CABG) Heart valve Pacemaker</small> <input type="checkbox"/> ICD (植え込み型除細動器) ICD (defibrillator) <input type="checkbox"/> ステンツ留置 Stent placement (スツンツタイプ stent type : _____) <input type="checkbox"/> 心外膜リード Epicardial leads <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) : Other (specify): _____ 心臓の装置を使用している方: If you have a heart device, what is the: 種類 Make: _____ 型 Model: _____ 日付 Date: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>21. ミシガン大学病院 (UMHS) で最近、胸部X線検査を受けましたか? Have you had a recent chest x-ray done at UMHS? はいと答えた方は、その時期? If yes, when? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MRI Questionnaire (Japanese)

MRI 問診表

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

<p>22. 刺激装置を体内に埋め込んでいますか？ Do you have or ever had a stimulator implanted in your body? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>はいと答えた方は、どのタイプ? : If yes, what type?:</p> <p><input type="checkbox"/>骨 Bone <input type="checkbox"/>神経 Neuro <input type="checkbox"/>脳 Brain <input type="checkbox"/>その他 Other : _____</p> <p>装置の名称は? What is the name of device?: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>23. 脳の手術を受けたことはありますか? はいと答えた方は、その時期? Have you had brain surgery? If yes, when? _____</p> <p>どこで (病院名)? Where (what hospital)?: _____</p> <p>以下のものがある場合は印をつけて下さい: Mark if you have any of the following:</p> <p><input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ Aneurysm clips <input type="checkbox"/> 動脈瘤 コイル Aneurysm coils</p> <p><input type="checkbox"/> シャント Shunts <input type="checkbox"/> ステント Stents <input type="checkbox"/> コイルフィルター Coil filters</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>24. 以下の物が体内外にある場合は印をつけてください。 Mark if you have any of the following items inside or on your body.</p> <p><input type="checkbox"/> ワイヤー Wires <input type="checkbox"/> プレート Plates <input type="checkbox"/> ネジ Screws <input type="checkbox"/> ピン Pins <input type="checkbox"/> 手術用クリップ/ホチキス Surgical clips/staples</p> <p>どこにありますか? Where? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 金属片 Metal fragments <input type="checkbox"/> 弾丸 Bullets <input type="checkbox"/> BB ガンの弾 BB's</p> <p><input type="checkbox"/> ペレット Pellets <input type="checkbox"/> 榴散弾 Shrapnel</p> <p>どこにありますか? Where? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 刺青/アートメイク Tattoo/Permanent make -up <input type="checkbox"/> 経皮的な医療パッチ Transdermal med patches</p> <p><input type="checkbox"/> ピアス Piercing <input type="checkbox"/> ヘアピン Hair pins <input type="checkbox"/> 装飾品 Jewelry</p> <p>どこにつけてますか? Where? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 取り外し可能な歯科セメント充填 Removable dental work</p> <p><input type="checkbox"/> 永久的な歯科セメント充填 Permanent dental work <input type="checkbox"/> 入れ歯 Dentures <input type="checkbox"/> 保定用器材 Retainers</p> <p><input type="checkbox"/> 矯正具 Braces <input type="checkbox"/> 補聴器 Hearing aid <input type="checkbox"/> 心電図パッチ EKG patches</p>			
<p>25. 以下の物が体内外にある場合は印をつけてください。 Mark if you have any of the following items inside or on your body.</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮内避妊器具 (IUD) Intrauterine device (IUD) <input type="checkbox"/> プログラム可能なシャント Programmable shunts</p> <p><input type="checkbox"/> 乳房インプラント/組織拡張器 Breast implants/tissue expanders <input type="checkbox"/> 血栓フィルター Blood clot filter</p> <p><input type="checkbox"/> 投薬ポンプ (点滴/薬剤) Drug pump (infusion/IV/medication) <input type="checkbox"/> 血管アクセスポートまたはカテーテル Vascular access port or catheter</p> <p><input type="checkbox"/> 温度プローブ付尿道カテーテル (フォーリー) Urinary catheter (Foley) with temperature probe <input type="checkbox"/> スワンガンツまたは硬膜外カテーテル Swan Ganz® or epidural catheter</p> <p><input type="checkbox"/> 義肢または補綴 (人口陰茎など) Artificial limb or prosthesis (ex. penile) <input type="checkbox"/> ビボナ気管切開チューブ Bivona® tracheostomy</p> <p><input type="checkbox"/> 金属気管開口形成術 Metal tracheostomy <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) : _____ Other (specify)</p> <p>はいと答えた方は、どのようなものですか? If yes, what is/are the:</p> <p>種類 Make: _____ 型 Model: _____ 日付 Date: _____</p> <p>種類 Make: _____ 型 Model: _____ 日付 Date: _____</p> <p>種類 Make: _____ 型 Model: _____ 日付 Date: _____</p>			

MRI Questionnaire (Japanese)**MRI 問診表**

MRN: _____

NAME: _____

BIRTHDATE: _____

CSN: _____

問診表記入者: Form completed by:

 患者 _____

Patient

 家族 (関係) _____

Family (relationship)

 UMHS スタッフ (氏名) _____

UMHS staff (name)

問診表記入者の氏名の活字体表記

Printed Name of person who completed this form

日付 (月/日/年)

Date (mm/dd/yyyy)

MRI スタッフのみ**MRI STAFF ONLY**

Summary and follow up

Patient's Height: _____ ft. / cm _____ in. Weight: _____ kg / lb.

Travel: Wheelchair Stretcher SWAT MRI consent complete Contrast consent complete

	YES	NO	Comment:
Need assistance with piercing removal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient is pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedation is required?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Order written <input type="checkbox"/>
Foreign body x-ray required?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type:
Implant follow up required?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Steroid prep indicated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Additional follow up items?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reviewed by Lead Technologist or PCTA (Verified information with the patient, RN, guardian or relative)

Date (mm/dd/yyyy)

Time _____

MRI Tech Signature: (Prior to scan reviewed the information on this form)

Date (mm/dd/yyyy)

Time _____

For inpatients. fax form to: 734-647-7978 or tube to 103 for **Adults 18+** 734-232-6677 or tube to 469 for **Peds <18**