

**OUTPATIENT MRI SCREENING** **Japanese**  
外来患者向け MRI (核磁気共鳴映像法)スクリーニング

**Patient or family member PRIOR to the MRI exam Must fill out form completely.**  
 検査前までに患者本人または家族の方がこの質問票を完全に記入しなければなりません。

Name(名前): \_\_\_\_\_ Date of Birth(生年月日) \_\_\_\_\_ Weight(体重): \_\_\_\_\_ Height(身長) \_\_\_\_\_

The following items can interfere with MR imaging and some can actually be hazardous to your safety.

**Please check YES or NO if you have any of the following items:**

次に挙げることは MRI 映像の妨害になったり、中には実際にあなたに危険になることがあります。

あなたに該当するかどうか、はい又はいいいえで以下の項目全てに答えてください。

**YES(はい) NO(いいえ)**

- Have you ever had an MRI scan?  
今までに MRI 検査を受けたことがありますか？
- Do you currently have an implanted Cardiac pacemaker or defibrillator?  
現在、体内埋め込みの心臓ペースメーカー、又は除細動器を着けていますか？
- Have you ever had a Cardiac pacemaker or defibrillator removed?  
今までに心臓ペースメーカー、又は除細動器が取り外されたことがありますか？

**DO YOU HAVE** あなた身体に以下に挙げる物が着けられていますか。:

- Aneurysm clips in brain? If yes, in which institution were they placed?  
脳内の動脈瘤クリップ? はいと答えた方は、どこの病院で着けられましたか？
- Neurostimulator (*TENS Unit*), insulin pump or intrathecal pain pump (Circle all that apply)  
神経刺激装置 (TENS ユニット)、インシュリン ポンプ、髄腔内鎮痛ポンプ?  
(該当するもの全てに丸印して下さい。)
- Vascular clips or intravascular filters, coils?  
血管クリップ、血管内フィルター、コイル?
- Coronary or abdominal stents?  
冠状動脈ステント 又は 腹部ステント?
- Nitroglycerin, nicotine, or any other medication patches on your body?  
ニトログリセリン、ニコチン、その他の薬のパッチを身体に貼っている?
- A surgically placed shunts? If yes, is it programmable?  
手術でシャントが着けられましたか?  
はいと答えた方は、そのシャントはプログラムが出来ますか? **YES(はい)**  **NO(いいえ)**
- Artificial heart valves?  
人工の心臓弁?
- Breast tissue expanders?  
乳房組織エキスパンダー?

PATIENT SIGNATURE	DATE	FORM REVIEWED BY
WITNESS/RELATIONSHIP	PRINT NAME	DATE

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**  
 Harborview Medical Center – UW Medical Center  
 University of Washington Physicians  
 Seattle, Washington

**INPATIENT MRI SCREEN**  
 page 1 of 2

**\*U2392\***

\*U2392\*

UH2393 REV JUN 17

WHITE – MEDICAL RECORD  
 CANARY – PATIENT

P  
R  
O  
G  
R  
E  
S  
S  
—  
B  
L  
U  
E

YES(はい) NO(いいえ)

- Any orthopedic hardware (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates)?  
その他の整形外科で使われる金属 (ピン、棒、ネジ、釘、ワイヤー、プレートなど) ?
- Artificial/prosthetic limb or joint replacement?  
人工四肢、又は関節置換?
- Penile Implant or IUD or diaphragm?  
陰茎インプラント、子宮内避妊器具、又は ペッサリー?
- Eye implants or tattoo eyeliner?  
眼のインプラント又はアイラインの刺青
- Body tattoos or piercings?  
刺青またはピアス?
- Dentures? 義歯?  
If yes, are they removable?  
はいと答えた方は、それは取り外すことが出来ますか? YES(はい)  NO(いいえ)
- Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?  
榴散弾や銃創やBBペレットの様な金属体?
- Any pieces of metal in your eyes?  
眼の中に何か金属片が入っていますか?
- Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?  
今までに職業あるいは趣味で、金属を扱ったり、粉碎したり、溶接したり、機械の製作や修理に携わったこと等がありますか?
- Have you ever had surgery to your inner ear? Ear implants?  
今までに中耳の手術を受けたことがありますか?  
耳のインプラント? YES(はい)  NO(いいえ)   
Hearing aids? 補聴器? YES(はい)  NO(いいえ)

**QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION**

ガドリニウム造影剤投与のための質問

- Do you have any allergies? If yes, please list: \_\_\_\_\_  
アレルギーがありますか? はいと答えた方は、何のアレルギーか書き挙げて下さい。

---

- Are you allergic to MRI contrast? If yes, are you pre-medicated? YES(はい)  NO(いいえ)   
MRIの造影剤にアレルギーがありますか? はいと答えた方は、事前に予防薬を摂りますか?
- Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?  
腎臓の問題、腎臓機能低下、または 家系に腎臓病歴がありますか?
- Have you ever had Kidney surgery or been on dialysis?  
腎臓の手術を受けたことがある、または透析をしていますか?
- Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?  
糖尿病がありますか (インシュリン依存性であるか無いかにかかわらず) ?

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**TITLE – 36 LETTERS/SPACES MAXIMUM**

page 2 of 2

**\*U2392\***

\*U2392\*

UH2392 REV MAR 18

P  
R  
O  
G  
R  
E  
S  
S  
—  
B  
L  
U  
E

YES(はい) NO(いいえ)

- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?  
妊娠している、あるいは妊娠している可能性がありますか？
- Are you nursing an infant? 乳幼児に授乳をしていますか？ YES(はい)  NO(いいえ)
- If you have a venous access port, do you need it accessed?  
静脈にアクセスするポートを着けている方の場合、それを使う必要がありますか？
- Have you had any surgery within the past 6 weeks?  
過去6週間内に何らかの手術を受けましたか？
- Have you ever had surgery? 今までに手術を受けたことがありますか？  
If so, what type? 受けたことがある場合は、何の手術ですか？

In the past week, have you experienced any of the following: nausea/vomiting, diarrhea, fever/chills? If so, please specific.

この1週間の中に吐き気/嘔吐、下痢、発熱/寒気のいずれかがありましたか？その場合は詳しく書いて下さい。

PATIENT SIGNATURE 患者氏名	DATE 日付	LEVEL 1/2
WITNESS / RELATIONSHIP 立会人/関係	PRINT NAME 活字体	LEVEL 1/2

PT.NO

NAME

DOB

**UW Medicine**  
Harborview Medical Center – UW Medical Center  
University of Washington Physicians  
Seattle, Washington

**TITLE – 36 LETTERS/SPACES MAXIMUM**

page 2 of 2

**\*U2392\***

\*U2392\*

UH2392 REV MAR 18

P  
R  
O  
G  
R  
E  
S  
S  
—  
B  
L  
U  
E