

Patient or family member PRIOR to the MRI exam
Must fill out form completely.

MRI 검사를 하기 전에 환자분 또는 가족들은 이 서류의 작성을
꼭 완료해 주셔야 합니다.

Date of Birth(생년월일): _____ Weight(체중): _____ Height(:신장) _____

Do you have any allergies? 알레르기가 있습니까? (예/아니오) : _____

If so, Please list them 만일 “예” 이면 기록해 주십시오: _____

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:

다음의 항목들은 MRI 영상에 방해될 수 있고 어떤 것은 사실상 환자분의 안전에 위험이 될 수도 있습니다.
만일 아래의 어떠한 항목에 해당되는 것이 있으면 ”예” 아니면 “아니오”에 표시해 주십시오:

YES(예) NO(아니오)

- Cardiac pacemaker or defibrillator
심장박동 조율기 또는 잔떨림제거기
- Aneurysm clips
동맥류 클립
- Neurostimulator (TENS Unit) or insulin pump
경피신경자극기 (경피성신경전기자극기) 또는 인슐린 펌프
- Vascular clip or intravascular filter, coil or stent, swan ganz
혈관 클립 또는 혈관내 필터, 코일이나 스텐트, 스완 갠즈
- Artificial heart valves
인공심장판막
- Pacing wires
조율 철사선
- Any metallic body such as shrapnel, gun shot wound, BB pellet
파편, 총상, BB 총알과 같은 금속물체
- Any ear implants/ Hearing aids
귀 이식물/보청기
- Any eye implants
눈 이식물
- Tattoo eyeliner
속눈섭 문신

PT.NO _____

NAME _____

DOB _____

Place EPIC Label Within Box

UW Medicine
Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREENING- KOREAN

Page 1 of 3



YES(예) NO(아니오)

- Any orthopedic items (i.e. pins, rods, screws, nails, wires, or plates)
정형외과 용품 (예: 핀, 쇠막대, 나사, 못, 철사선, 또는 판)
- Any surgical clips, wire sutures, or surgical staples
수술용 클립, 철사실, 또는 수술용 철사침
- Prosthesis or artificial limb or joint replacement
인공보형물 또는 인공의수족 아니면 인공대치관절
- Dentures
틀니
- Nitroglycerin or Nicotine patches
니트로글리세린 또는 니코틴 패스
- Penile Implant or IUD or diaphragm
남근정형 또는 자궁내 피임장치 또는 피임용 가로막
- Have you ever in your lifetime been a metal worker, grinder, welder, machinist, etc.
as a hobby or profession?
일생동안에 금속공, 연삭공, 용접공, 정비공 등등과 같은 취미생활 아니면 직장생활을
하신 적이 있습니까?
- Do you have any pieces of metal in your eyes?
눈안에 금속조각이 들어 있습니까?
- Do you have a history of diabetes and/or hypertension?
당뇨병이나 고혈압의 병력이 있습니까?
- Do you have a history of liver disease, liver transplant, or pending a liver transplant?
간에 질환의 병력이 있었거나 간이식을 했거나 아니면 간이식을 기다리고 계십니까?
- Are you allergic to MRI contrast?
MRI 조영제에 알레르기가 있습니까?
- Are you nursing an infant?
모유수유를 하고 계십니까?
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant?
임신을 했거나 임신을 했을 가능성이 있습니까?
- Have you ever had a MRI scan
MRI 촬영을 해본 적이 있습니까?
- Will you need medication for pain and/or claustrophobia?
진통제와/아니면 폐소공포증 약이 필요하십니까?
- Do you have kidney impairment, decreased renal function or on dialysis?
신장질환, 신장장애, 신부전증이 있거나, 아니면 신장투석을 하십니까?

PT.NO

NAME

DOB

Place EPIC Label Within Box

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREENING- KOREAN

Page 2 of 3



U2393

UH2393 REV JUN 11

YES(예) NO(아니오)

Have you ever had surgery?
수술을 한 적이 있습니까?

If so, when and what type?

만일 있으면 언제 그리고 무슨 수술입니까? _____

Please describe your symptoms and how long they have been present:

이 검사를 하게된 증상과 얼마나 됐는지 설명해 주십시오: _____

Do you have any other pertinent medical problems?

이 외의 다른 건강문제가 있습니까? _____

PATIENT SIGNATURE(환자서명)	DATE (날짜)	FORM REVIEWED BY	
WITNESS/RELATIONSHIP	PRINT NAME		DATE

PT.NO

NAME

DOB

Place EPIC Label Within Box

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

OUTPATIENT MRI SCREENING- KOREAN

Page 3



U2393