

CT Contrast Injection Patient Questionnaire

Korean

CT 조영제 투여 환자 질문서

Patient Name(성명): _____

Date(날짜): _____ Age(연령): _____ Weight(체중): _____ Height(신장): _____ Sex (성별): M(남성) F(여성)

What is the reason this exam was ordered? 이 검사를 하는 이유가 무엇입니까? _____

Yes(예) No(아니오)

1. Do you have any allergies to food or medicine? (음식이나 약에 어떠한 부작용이 있습니까?)
If Yes, please list. (만일 있으면, 목록을 기록하십시오): _____
2. If you had a previous reaction to a contrast injection in CT or MRI, what kind of reaction did you have?
만일 이전에 CT 나 MRI 조영제 주사에 부작용이 있었으면, 어떤 종류의 부작용이 있었습니까?
Describe reaction (부작용을 설명해 주십시오): _____
3. If you had a prior reaction to a contrast injection, have you been premedicated with a corticosteroid (such as prednisone or solumedrol)?
전에, 조영제 주사약에 부작용이 있어서 검사 이전에 예비투여제 코르티코스테로이드 (프레드니손 또는 솔루메드롤 같은 약)를 드셨습니까?
4. Are you allergic to latex? (합성 고무제품에 알레르기가 있습니까?)
5. **Do you have diabetes? (당뇨병이 있습니까?)**
6. If you have diabetes, are you on insulin? (당뇨병이 있으시면, 인슐린 주사를 맞습니까?)
7. **Do you take pills for your diabetes? Check all that apply.**
당뇨병 때문에 약을 드십니까? 사용하시는 모든 것에 표시하십시오.
 Metformin(메트포민)- containing medication(함유된 약) other(다른 약) _____
8. Do you have asthma, COPD, emphysema or other respiratory problems?
천식, 만성 폐색성 폐질환, 폐기종, 또는 다른 호흡곤란 문제가 있습니까?
9. If you have asthma, do you use an inhaler? 만일 천식이 있으시면, 흡입기를 사용하십니까?
10. **Are you on hypertensive (high blood pressure) medication? 고혈압(혈압이 높음) 약을 드십니까?**
11. Have you ever been told that you have had heart failure?
심부전증이 있다는 말을 들은 적이 있습니까?
12. Are you on any heart medication? Please list
심장약을 복용하고 계십니까? 기록해 주십시오: _____

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

CT CONTRAST INJ SCREENING- KOREAN



U2359

YES(예) NO(아니오)

13. Do you have or have you ever had kidney problems in the past or present?
Check all that apply:
신장문제가 이전에 있었거나 아니면 현재 있습니까? 해당되는 모든 것에 표시하십시오:
- kidney stones(신장결석) blood in urine(피 섞인 소변) renal cancer(신장암)
 kidney transplant(신장이식) kidney removal(신장제거) renal failure (신부전증)
 chronic use of NSAIDs: *advil /naprosyn/ibuprofen*
(만성비스테로이드성 소염제 사용: *애드빌/네프로신/아이부프로펜*)
14. If you have kidney problems--Have you been premedicated with Mucomyst® (acetylcysteine)?
만일 신장문제가 있으시면—뮤코미스트® (아세틸시스테인)를 예비투여제로 복용하십니까?
15. Are you on dialysis? (신장투석을 하고 계십니까?)
16. Female: Is there any possibility you could be pregnant? (여성:임신했을 가능성이 있습니까?)
17. Have you ever had a transplant? (이식 받으신 적이 있습니까?)
- Are you being evaluated for a possible transplant? If yes, what kind?
이식가능성 평가를 받는 중 입니까? 만일 그러면, 어떤 종류? _____
18. Have you had major surgery? (대수술을 받으신 적이 있습니까?)
If so, what type(하셨으면, 어떤 수술): _____
19. Do you have a history of vascular surgery for Arteriosclerosis?
동맥경화증 때문에 혈관수술을 받으신 적이 있습니까?
20. Do you have Sickle Cell disease? (낮적혈구병이 있습니까?)
21. Do you have Myeloma? (골수종이 있습니까?)
22. Do you have active Gout? (현재 통풍을 앓고 있습니까?)
23. Do you have Lupus? (낭창이 있습니까?)
24. Are you taking multiple antibiotics? (항생제를 여러가지 드십니까?)

PATIENT SIGNATURE(환자서명)	PRINT NAME(인쇄체 이름)	DATE(날짜)
-------------------------	--------------------	----------

TECHNOLOGIST SIGNATURE	PRINT NAME	NPI	DATE	TIME
------------------------	------------	-----	------	------

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

CT CONTRAST INJ SCREENING- KOREAN



U2359