

CT Screening
CT スクリーニング

Japanese

Patient Name 患者氏名: _____

Today's Date: _____ Age: _____ Weight: _____ Height: _____ Sex: M F
今日の日付 年齢 体重 身長 性別 男性 女性

What is the reason this exam was ordered?

この検査のオーダーが出された理由は何ですか? _____

Allergy Information アレルギーに関するインフォメーション

Yes はい No いいえ

- Are you allergic to iodine, IVP dye or x-ray/CT contrast? If yes, what was your reaction?
ヨウ素、X線不透過性(IVP)色素、またはX線/CT造影剤に対するアレルギーがありますか?
はいと答えた方は、どのような症状が出ますか? _____
- If you have a known allergy to x-ray/CT contrast, did you take prednisone and/or Benadryl last night and today? X線/CT造影剤に対するアレルギーがあるとわかっている方は、昨夜と今日、プレドニゾンと/またはベナドリルを服用しましたか?
- Do you have any other allergies? 何か他のアレルギーがありますか?
If yes, please explain はいと答えた方は、説明して下さい。: _____
- Do you have asthma? If yes, is it currently affecting you?
ぜん息がありますか? はいと答えた方は、現在、ぜん息の影響が出ていますか? _____

Renal (Kidney) Health Related Information 腎性(腎臓)の健康状態に関するインフォメーション

Yes はい No いいえ

- Do you have kidney disease or kidney failure? 腎臓病または腎不全がありますか?
- Have you had a kidney transplant? 腎臓移植を受けたことがありますか?
- Have you previously had kidney surgery? 今までに腎臓の手術を受けたことがありますか?
- Do you have a family history of kidney failure? あなたの家族に腎不全の病歴がありますか?
- Do you have a history of kidney cancer or mass? あなたは腎臓癌または腎臓腫瘍の病歴がありますか?
- Have you been feeling sick with nausea, vomiting, or diarrhea? 吐き気や嘔吐や下痢で気分が悪いですか?

Other その他

Yes はい No いいえ

- Female: Is there any chance you could be pregnant? 女性の方: 妊娠している可能性がありますか?
- Do you take medication for high blood pressure? 高血圧の薬を服用していますか?
- Do you take Glucophage (Metformin)? グルコファージ(メトホルミン)を服用していますか?
- Do you have Diabetes? 糖尿病がありますか?
- Do you have any other pertinent medical history? Please explain briefly.
何か他に関連する病歴がありますか? 簡単に説明して下さい。

PLACE PATIENT LABEL HERE

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

CT SCREENING - JAPANESE

Page 1 of 2



U2359

UH2359JA REV FEB 19



Patient Name (printed)
患者氏名(活字体)

Patient (or legal guardian) Signature
患者（または法的後見人）署名

Date Signed
署名日

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
患者以外の方が署名した場合は、活字体で名前、患者との関係、権限の種類を記入して下さい。

This Section for Hospital Use 病院使用欄	
Date:	MRN:
Creatinine: GFR:	Lab Date:
If GFR is less than 30, notify physician.	
Name:	Date:

Japanese Translation by UWMC Interpreter Services in May 2019

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

PLACE PATIENT LABEL HERE

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

CT SCREENING - JAPANESE
Page 2 of 2



U2359

