

外来患者向け MRI 検査スクリーニング

OUTPATIENT MRI SCREENING

JAPANESE

名前 Name: _____ 生年月日 Date of Birth: _____

身長 Height: _____ 体重 Weight: _____

MRI 検査前に患者本人または家族の方がこの質問票に全て記入しなければなりません。

次に挙げる事柄であなたが該当するところに印をつけて下さい。

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

Please indicate if you have any of the following items:

MRI 適格性/金属スクリーニングのための質問

QUESTIONS FOR MRI ELIGIBILITY/METAL SCREENING

はい いいえ

YES NO

- 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？
Have you ever had an MRI scan?
- 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？
Do you currently have an implanted Cardiac pacemaker or defibrillator?
- 今までに心臓ペースメーカー、又は除細動器が取り除かれたことがありますか？
Have you ever had a Cardiac pacemaker or defibrillator removed?
- レストレス レッグス、震えがありますか？ あるいは、体を平らして上向きに横になることができませんか？
Do you have restless legs, tremors or are you unable to lie flat?

次に挙げる物を着けているかどうか、答えて下さい:

Please indicate if you have:

- 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？

Aneurysm clips in brain? If yes, in which institution were they placed:

- 神経刺激装置、脳深部刺激装置、迷走神経刺激装置、脊髄刺激装置（埋め込まれた、あるいは、取り除かれました）？

A Neurostimulator, deep brain stimulator, vagus nerve stimulator, spinal cord stimulator (Implanted or removed)?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center --UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING- JA

Page 1 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

はい いいえ

YES NO

- 埋め込み式の薬のポンプ（例：インスリン、バクロフェン、化学療法剤、鎮痛剤）？
An implanted drug pump (e.g., insulin, baclofen, chemotherapy, pain medicine)?
- 体内電極（例：ドプラーワイヤー、放置あるいは破損されたリード）？
Any internal electrodes (e.g., doppler wires, abandoned or fractured leads)?
- 血管クリップ、消化管クリップ、血管内フィルター、人口心臓弁、コイル？
Vascular clips, GI clips, intravascular filters, artificial heart valves, or coils?
- 過去 6 か月内に、カプセル内視鏡あるいは“ピルカメラ”を飲みましたか？
A capsule endoscopy or ingested a “pill cam” in the last six months?
- 体内に入れられる冠状動脈ステント、腹部ステント、静脈ステント、その他のステント？
Coronary, abdominal, vascular, or other stents in your body?
- 磁気で固定あるいは制御されるインプラント（例：プログラム可能なシャント）？
An implant held in place or controlled by a magnet (e.g., programmable shunt)?
- 外科的に装着されるプログラム不可能なシャント（例：TIPS）？

はいと答えた方は、どのタイプですか:

A surgically placed non-programmable shunt (e.g., TIPS)? If yes, what type:

- ループ記録計？
A loop recorder?
- 眼のインプラント？
Eye implants?
- 乳房組織エキスパンダー？
Breast tissue expanders?
- 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）？
Any orthopedic hardware (e.g., pins, rods, screws, nails, wires, or plates)?
- 人工／義装の四肢、又は関節置換？
An artificial/prosthetic limb or joint replacement?
- 陰茎インプラント、子宮内避妊器具、インプラン/ネクスプラノ、あるいは避妊用ペッサリ？
A penile Implant, IUD, Implanon/Nexplanon, or diaphragm birth control?
- グルコースセンサー、又は張り薬（例：ニトログリセリン、ニコチン、ホルモン、吐き気止め、鎮痛薬）？
A glucometer sensor or any medication patches (e.g., nitroglycerin, nicotine, hormone, anti-nausea, pain)?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center --UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING- JA

Page 2 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

はい いいえ

YES NO

- メタリックな化粧品/マニキュア、ピアス、または人口植毛/アクセサリー (例: ボビーピンクリップ、エクステンションなど) がありますか?
Any metallic make-up/nail polish, piercings, or hair implants/accessories (e.g., bobby pins, clips, extensions)?
- 過去 6 週間内に刺青やアイラインの刺青をしましたか?
Tattoos or tattooed eyeliner placed within the last 6 weeks?
- 義歯? はいと答えた方は、義歯は取り外すことができますか?
Dentures? If yes, are they removable? はい YES いいえ NO
- 榴散弾や銃創や BB ペレットの様な金属が体内にありますか?
Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?
- 眼の中に金属片が入っていますか?
Any pieces of metal in your eyes?
- 金属加工、研削、溶接、機械加工など、趣味や職業として働いていたことがありますか?
Worked as metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?
- 内耳の手術?
Surgery to your inner ear?
- 耳のインプラント (例: 人工内耳、バハインプラント、アブミ骨人工置換、チューブなど)
Ear implants (e.g., cochlear, Baha, stapes prosthesis, or tubes)?
- 補聴器?
Hearing aids?
- その他、上記に挙げられていない、外科的にインプラントされた医療デバイスや、取り外しできる医療デバイス、または、私物がありますか? はいと答えた方は、それは何かを書いて下さい。 _____

Any other type of surgically implanted medical devices, removable medical devices or personal items not covered above? If yes, what type:

ガドリニウム造影剤投与のための質問

QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION

- 何かアレルギーがありますか? はいと答えた方は、何のアレルギーかを書き上げて下さい。

Do you have any allergies? If yes, please list:

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center --UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING- JA

Page 3 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

はい いいえ

YES NO

- 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、事前に薬が使われますか？
Are you allergic to MRI contrast? If yes, are you pre-medicated? はい YES いいえ NO
- 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？
Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?
- 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？
Have you ever had Kidney surgery or been on dialysis?
- 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）？
Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?
- 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？乳幼児に授乳をしていますか？
Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant? Are you nursing an infant?
はい YES いいえ NO
- 過去 3 か月内に鉄分またはフェラヘムの注射を受けたましたか？
Have you received an iron or Feraheme injection in the past 3 months?
- 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？
If you have a venous access port, do you need it accessed?
- 過去 6 週間内に何らかの手術を受けましたか？
Have you had any surgery within the past 6 weeks?
- 今までに手術を受けたことがありますか？手術を受けたことがある場合は、それはどのような手術ですか？ _____

Have you ever had surgery? If so, what type:

過去 1 週間内に吐き気／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。 _____

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

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center
UW Medicine Primary Care – Valley Medical Center --UW Physicians

OUTPATIENT MRI SCREENING- JA

Page 4 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services