※中部徳洲会病院の患者IDの記載をお願いします

Questionnaire for MRI examination

(For patients referred from other medical facilities) MRI検査問診票(院外紹介用)

Scheduled date 検査予約日: Y/年 M/月 D/日 Time 予約時間: :

Referred by 紹介元ご施設名:

Patient Name 氏名: D.O.B 生年月日: yyyy/mm/dd

【IMPORTANT】Printing and Bringing This MRI Questionnaire

This MRI questionnaire consists of three pages. Please make sure to print and complete all three pages (pages 1–3) and bring all three pages with you on the day of your MRI appointment.

【重要】MRI検査問診票の印刷・持参について

本問診票は全3ページです。必ず1～3ページすべてを印刷し、必要事項をご記入のうえ、検査当日にご持参ください。

To patients receiving MRI examination MRI検査を受けられる方へ

Please be sure to contact us if you are unable to attend your scheduled appointment.

予約日時に来院できない場合は必ずご連絡ください。

Please check in at the hospital reception desk at least 60 minutes prior to your appointment, then submit your patient file at the Radiology department reception desk.

予約時間の60分前までに、病院受付をされて放射線科受付へお越し下さい。

This examination does not use radiation (X-rays), it uses a **strong magnet**.

この検査は、放射線(X線)を使った検査ではなく、強い磁石を使った検査です。

The examination takes approximately 30 to 60 minutes. You will just need to lie on the examination table.

検査時間は30分から1時間程度、ベッドで寝ていただくだけです。

Magnetic materials are not allowed in the MRI examination room.

MRI検査室の中へは、磁石に反応する素材は持ち込めません。

Example: 例 hairpins, necklaces, piercings, rings, watches, mobile phones, lighters, hearing aids, magnetic cards (e.g., bank cards), disposable heat packs, magnetic patches, metal items such as keys, hair-thickening powders containing iron, and any other items that react to magnets.

ヘアピン、ネックレス、ピアス、指輪、腕時計、携帯電話、ライター、補聴器、磁気カード(キャッシュカード)、使い捨てカイロ、エレキバン、鍵などの金属類。鉄粉を用いた増毛パウダー、その他磁石に反応するもの。

- Please change into the provided examination gown (top and bottom). Burns caused by metallic fibers have been reported. Please wear clothes that are easy to take off and put on.

  検査時には必ず検査着(上下)に着替えていただきます(金属素材糸により火傷事故の報告有り)。脱ぎ着しやすい服装にておこしください。

- Please note that your examination may be delayed due to emergencies or other circumstances.

  検査時間は、救急対応などの都合により遅れる事がありますので、ご了承ください。

- You will wear headphones during the examination because it can be noisy. Please bring earplugs if needed.

  検査中は音が気になると思いますので、ヘッドホンをしていただきます。耳栓の必要な方は持参されてください

- **For abdominal examinations (gallbladder or pancreas)**, please do not eat for 4 hours before the examination.

  腹部検査(胆嚢・膵臓)のかたは、検査4時間前より絶食をお願いします。

- Please take your medications as usual unless otherwise instructed by your doctor.

  服用中のお薬は医師の指示が無い限り、通常通り服用して下さい。

- Do not use cosmetics that contain metals. **Please remove any gel or magnetic nails in advance.**

  *There have been reports of heating and burns when products contain metal components such as iron, titanium, or chromium.

  金属が入っている化粧品などは使用しないでください。ジェルネイル、**マグネットネイルは事前に除去**をお願いします。
  ※鉄粉やチタン・クロム等の金属成分が含まれている場合発熱(火傷)事故の報告があります

★Please fill in at the time of your MRI appointment. 検査予約時に記入して下さい。

1 Please enter your approximate current height and weight (required).
現在のおおよその身長体重をご記入下さい。検査に必ず必要です。 (cm) (kg)

2 Have you ever had an MRI before? 今までにMRI検査を受けた事がありますか？ (□Yes/はい □No/いいえ)

3 Have you ever felt unwell in a small, enclosed space? (□Yes/はい □No/いいえ)
(If you are claustrophobic, please consult your doctor about this exam.)
狭いところに入って気分が悪くなったことがありますか？(閉所恐怖症の方は主治医と検査について相談されてください)

4 Do you have a **pacemaker**, **ICD**, **cochlear implant**, or other **implanted device**? (□Yes/はい □No/いいえ)
心臓ペースメーカーや**ICD**、**人工内耳**または**体内埋込型機器**を使用していますか？

5 Do you have any metal in your body? Or have you ever been told that you have metal in your body due to surgery? (□Yes/はい □No/いいえ)
体内に埋め込まれた金属が入っていますか？手術等により入っていると言われた事がありますか？

If your answer is "Yes", what kind of metal is it? (When いつ頃)
「はい」とお答えの方→どんな金属が入っていますか？ (Where どこで)

Intracranial aneurysm clips, metal plates for fractures, artificial joints, metal fragments from an injury, accident or war, VP shunts, stents (placed within the past 6 weeks), coils, artificial eyes, contraceptive rings (IUDs), other

脳動脈クリップ、 骨折プレート、 人工関節、 事故・怪我・戦争による金属片、 VPシャント、 ステント(6週間以内)、コイル、 義眼、 避妊用リング、その他

6 Do you have any orthodontic appliances that contain metal? (□Yes/はい □No/いいえ)
(Please check with your orthodontist in advance.)
金属素材を用いた歯科矯正器具は使用されていますか？(事前に歯科矯正担当医師等へご確認お願いします)

7 Do you have any cosmetic implants that contain metal, such as gold threads? (□Yes/はい □No/いいえ)
(Please check with your plastic surgeon in advance.)
金属素材を用いた美容形成器具(金の糸など)は使用されていますか？(事前に形成外科医師へご確認お願いします)

8 Do you have any tattoos? (There have been reports of heating and burns caused by iron-containing materials, such as iron oxide, in tattoo ink.) (□Yes/はい □No/いいえ)
入れ墨はしていますか？(塗料に含まれる酸化鉄などの鉄素材により発熱(火傷)事故の報告あります)

*** If you have any metal implants that cannot be removed, please check with the hospital where they were implanted to confirm whether you can have an MRI examination.**
※取り外しのできない金属素材については、MRI検査が可能か埋め込みされた機関へご自身で確認されてください

9 **For females** → Pregnant or possibly pregnant? If yes, please consult your doctor. (□Yes/はい □No/いいえ)
女性の方へ→妊娠中または妊娠の可能性はありますか？「はい」の場合主治医と相談されてください

10 **For abdominal exam (including the pelvis)** → Have you had glaucoma? 緑内障 (□Yes/はい □No/いいえ)
腹部(腹部骨盤部を含む)の検査の方へ → Have you had an enlarged prostate? 前立腺肥大症 (□Yes/はい □No/いいえ)

If you use any of the following items, please remove them in advance.
They must be removed before the MRI examination. Please bring a storage case if needed.
以下を使用されているかたは、事前に外されるようにお願いします。検査時は必ず外していただきます。保存ケース等を準備して下さい。

11 Hearing aids 補聴器 (□Yes/はい □No/いいえ)

12 Dentures (Please bring a storage case.) 入れ歯(保存ケースを準備してください) (□Yes/はい □No/いいえ)

13 Do you wear a continuous glucose monitor (e.g., Libre) or other device? (□Yes/はい □No/いいえ)
(It must be removed in advance, e.g., at an internal medicine clinic.)
持続血糖測定器(リブレ等)など装着している機器はありますか？(事前に内科等で外して検査となります)

14 Do you use transdermal patches such as Nitroderm or Nicotinell? (□Yes/はい □No/いいえ)
心臓の貼り薬「ニトロダーム・ニコチネル」等を使用していますか？

15 Plasters, patches, or disposable heat packs 湿布や貼り薬、カイロ (□Yes/はい □No/いいえ)

16 Colored contact lenses (Please bring a storage case.) (□Yes/はい □No/いいえ)
色のついたコンタクトレンズ (保存ケースを準備してください)

17 Magnetic nails, gel nails, mirror nails, etc. (□Yes/はい □No/いいえ)
(There have been reports of heating and burns caused by metal particles.)
マグネットネイル・ジェルネイル・ミラーネイルなど(鉄粉やチタン・クロム等の金属成分が含まれている場合発熱(火傷)事故の報告があります)

18 Hair-thickening powder containing iron (There have been reports of MRI scanner failure caused by iron powder being attracted to the magnet.) (□Yes/はい □No/いいえ)
鉄粉を用いた増毛パウダー(鉄粉がMRIに吸着しMRI装置が故障した事故報告あり)

● Please contact the number below for concerns or questions about the examination.
Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital Radiology Department Reception
801 Higa, Kitanakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa TEL: 098-932-1110
English-speaking staff available: Monday - Friday: 09:00 - 17:00 / Saturday: 09:00 - 12:00
その他、検査についての質問は下記へ。
医療法人徳洲会 中部徳洲会病院 放射線科受付
沖縄県中頭郡北中城村字比嘉801番地 TEL:098-923-1091 内線1248 受付時間:午前9時から午後5時まで

※ After reviewing the questionnaire, please instruct the patient to bring all three completed pages with them on the day of their MRI. Please ensure that the "Name of Reviewer" field below is completed by a staff member of the referring facility.
Please note that failure to complete this field may result in postponement of the MRI examination.

※ 問診票の内容をご確認のうえ、記入済みの問診票全3ページを検査当日に必ずご持参いただくよう、患者様へご案内ください。
また、下記の「問診票確認者氏名」欄は、予約ご施設の職員の方が必ずご記入くださいますようお願いいたします。
未記入の場合、検査を延期する可能性がございますので、あらかじめご了承ください。

Name of Reviewer (Referring facility) 問診票確認者氏名 予約ご施設職員		**Chubu Tokushukai Hospital** 当院 MRI担当者	

★Inpatient test: <u>Please change into a hospital gown or examination gown.</u>
<u>Personal belongings are not allowed in the MRI room.</u>
<u>Infusion pumps, monitors, cables, and patients' personal belongings (such as dentures, hearing aids, and watches) must be kept on the ward.</u>

<u>★入院検査:</u> <u>病衣、または検査着へ着替えお願いします。MRI室に患者さまの私物は持込禁止です。</u>
<u>輸液ポンプ・モニタ・ケーブル等、他患者さまの私物(入れ歯・補聴器・時計等)は病棟にて管理してください</u>