

CT Screening CT スクリーニング

JAPANESE

Patient Name 患者氏名: _____

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

	Yes はい	No いいえ	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If female: is there any possibility you could be pregnant? 女性の方: 妊娠している可能性がありますか?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding? 現在、授乳していますか?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a previous reaction to iodinated contrast media (i.e. CT contrast dye or X-ray dye)? ヨウ化造影剤 (CT コントラスト染料や X 線染料) にアレルギー反応があったことがありますか? If yes, describe reaction はいと答えた方は、どの様なアレルギー反応があったかを説明して下さい。:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If you had a prior reaction to iodinated contrast media, have you been pre-medicated with a corticosteroid (such as prednisone or Solu-Medrol)? 以前にヨウ化造影剤にアレルギー反応があったことがある方は前もって副腎皮質ステロイド剤 (プレドニゾンやソルメドロール) が投薬されたことがありますか?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: 食べ物や薬のアレルギーがありますか? はいと答えた方は、書き上げて下さい:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? ぜん息がありますか?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, is your asthma currently affecting you? はいと答えた方は、現在ぜん息の影響が出ていますか?
△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?
△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? 腎臓病がある、腎不全である、あるいは腎臓移植を受けたことがある?
△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a history of kidney cancer or mass? 腎臓癌や腎臓腫瘍の病歴がありますか?
△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a family history of kidney failure? 腎不全の家系病歴がありますか?
△	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you previously had kidney surgery? 以前に腎臓の手術を受けたことがありますか?
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a recent illness or infection in the past week? 最近病気にかかったり過去 1 週間に感染症にかかりましたか? Type 種類: _____
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

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

CT SCREENING - JA

Page 1 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services

Signature of Patient or Legal Guardian **Printed Name** **Date**
患者または法的保護者の署名 氏名/活字体で記名 日付

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

THIS SECTION IS FOR STAFF USE ONLY

* Serum creatinine within 24 hours Δ Serum creatinine within 2 weeks if "Yes" to answer

VASCULAR ACCESS:

DATE _____ TIME _____

TECHNOLOGIST / RN _____

IV SITE _____ 18g 20g 22g ATTEMPTS _____

OTHER _____

CREAT / GFR _____

NOTES _____

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

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

CT SCREENING - JA

Page 2 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services