

CT Screening

CT 질문서

Korean

Patient Name(성명): _____

Today's Date(날짜): _____ Age(연령): _____ Weight(체중): _____ Height(신장): _____

Sex(성별): M(남성) F(여성)

	Yes 예	No 아니오	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If female: is there any possibility you could be pregnant? 여성분일 경우, 임신중일 가능성이 있습니까?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you currently breastfeeding? 현재 수유중입니까?
	<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)? 전에 요오드화한 대비 조영제(예를들면 CT 대조 염색제나 엑스레이 염색제)로 인한 부작용이 있었던 적이 있습니까? If yes, describe reaction 그랬을 경우 부작용을 설명하십시오: _____
	<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)? 요오드화한 대비 조영제에 부작용이 있었던 적이 있을 경우 코르티코스테로이드(프레드니손이나 슐루 메드롤과 같은)를 미리 복용하셨습니까?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any allergies to food or medication? If yes, please list: _____ 음식이나 약에서 오는 알러지가 있습니까? 있을 경우 목록을 적어주십시오.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have asthma? 천식이 있습니까?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, is your asthma currently affecting you? 있을 경우 천식이 현재 귀하에게 영향을 끼치고 있습니까?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take Glucophage (metformin)? 글루코파지(멧포민)을 복용하십니까?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have kidney disease or kidney failure or kidney transplant? 신장 질환이나 신부전증이 있거나 신장이식을 받으셨습니까?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a history of kidney cancer or mass? 신장암이나 신장 종양의 병력이 있습니까?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have a family history of kidney failure? 신부전증의 병력이 있습니까?
Δ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you previously had kidney surgery? 이전에 신장수술을 받으신 적이 있습니까?
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you had a recent illness or infection in the past week? Type: _____ 지난 주에 아프거나 감염이 된적이 있습니까? 그 종류는?
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been feeling sick with nausea, vomiting or diarrhea? 메스꺼움증이나 구토증이나 설사로 몸이 안 좋았습니까?

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 - KO

Page 1 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
Interpreter Services

Signature of Patient or Legal Guardian	Printed Name	Date
환자분이나 법적 후견인의 서명	이름을 인쇄체로	날짜

If signed by person other than patient, provide printed name, relationship to patient, description of authority
 환자분 본인이 아닌 사람이 서명을 했을 경우 인쇄체로 이름과 환자분과의 관계, 및 권한에 대한 설명을 제공해주세요.

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 - KO

Page 2 of 2



U2359

Translated 2022 by UW Medicine
 Interpreter Services

V.2402 | CONTENT LAST APPROVED APR 22