

OUTPATIENT MRI SCREENING

외래환자 MRI 검사

KOREAN

Name: _____ Date of Birth: _____ Height: _____ Weight: _____
이름 생년월일 신장 체중

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

환자분 또는 가족은 MRI 검사 이전에 이 서류의 작성을 완료해야 됩니다.

Please indicate if you have any of the following items:

다음의 항목들에 해당되는 것이 있을 경우 표시해 주십시오.

YES NO

예 아니오

QUESTIONS FOR MRI ELIGIBILITY/METAL SCREENING

MRI 적격성/금속 검사에 대한 질문

- Have you ever had an MRI scan?
MRI 사진을 찍은 적이 있습니까?
- Do you currently have an implanted cardiac pacemaker or defibrillator?
현재 심장박동 조율기 또는 잔떨림제거기가 몸에 심어져 있습니까?
- Have you ever had a cardiac pacemaker or defibrillator removed?
심장박동 조절기나 제세동기를 제거한 적이 있습니까?
- Do you have restless legs, tremors or are you unable to lie flat?
하지 불안증이나 떨림증이 있거나 똑바로 평평하게 누울 수 없습니까?

Please indicate if you have:

해당되는 것이 있을 경우 표시해 주십시오:

- Aneurysm clips in your brain? If yes, in which institution were they placed: _____
귀하의 뇌에 동맥류 클립이 있습니까? 있을 경우 어느 병원에서 놓았습니까?
- A neurostimulator, deep brain stimulator, vagus nerve stimulator, spinal cord stimulator (implanted or removed)?
신경자극기, 뇌심부 자극기, 미주신경 자극기, 척수 자극기(이식된 또는 제거된)?
- An implanted drug pump (e.g., insulin, baclofen, chemotherapy, pain medicine)?
이식된 약물 펌프(예: 인슐린, 바클로펜, 화학요법, 진통제)?
- Any internal electrodes (e.g., doppler wires, abandoned or fractured leads)?
내부 전극(예: 초음파 와이어, 버려지거나 파손된 전극)?
- Vascular clips, GI clips, intravascular filters, artificial heart valves, or coils?
혈관 클립, 위장관 클립, 혈관내 필터, 인공심장 판막, 또는 코일?

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 - KO

Page 1 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO

예 아니오

- A capsule endoscopy or ingested a “pill cam” in the last six months?
지난 6개월 동안에 내시경 캡슐 또는 “알약 카메라”를 삼킨 적이 있습니까?
- Coronary, abdominal, vascular, or other stents in your body?
관상동맥, 복부, 혈관, 또는 다른 스텐트가 몸에 있습니까?
- An implant held in place or controlled by a magnet (e.g., programmable shunt)?
제자리에 고정되어 있거나 자석으로 제어되는 임플란트(예: 프로그래밍 가능한 션트)?
- A surgically placed non-programmable shunt (e.g. TIPS)? If yes, what type: _____
프로그래밍이 불가능한 외과적 션트(예: TIPS)? 그럴 경우, 어떤 종류:
- A loop recorder?
루프 레코더?
- Eye implants?
눈 임플란트?
- Breast tissue expanders?
유방조직 확장기?
- Any orthopedic hardware (e.g., pins, rods, screws, nails, wires, or plates)?
정형외과용 금속(예: 핀, 막대, 나사, 못, 철사, 또는 판)?
- An artificial/prosthetic limb or joint replacement?
인공/보철 사지 또는 관절 교체?
- A penile implant, IUD, Implanon/Nexplanon, or diaphragm birth control?
음경 임플란트, 자궁내 피임장치, 임플레논/넥스플레논, 또는 피임용 격막?
- A glucometer sensor or any medication patches (e.g., nitroglycerin, nicotine, hormone, anti-nausea, pain)?
혈당계 센서 또는 모든 약물 패스(예: 니트로글리세린, 니코틴, 호르몬, 메스꺼움 방지제, 진통제)?
- Any metallic make-up/nail polish, piercings, or hair implants/accessories (e.g., bobby pins, clips, extensions)?
모든 금속 화장품/메니큐어, 피어싱, 또는 머리 임플란트/엑세서리(예: 실핀, 클립, 익스텐션)?
- Tattoos or tattooed eyeliner placed within the last 6 weeks?
지난 6주 이내에 한 문신 또는 아이라인 문신?
- Dentures? If yes, are they removable? **YES** **NO**
틀니? 있을 경우 뺄 수 있는 것입니까? **예** **아니오**
- Any metal in your body such as shrapnel, gunshot wound, BB pellet?
파편이나 총상 상처나 BB 건 총알과 같은 쇠불이가 몸 안에 있습니까?

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 - KO

Page 2 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO

예 아니오

- Any pieces of metal in your eyes?
눈 안에 금속조각이 있습니까?
- Worked as metal worker, grinder, welder, machinist, etc. as a hobby or profession?
금속공, 연삭공, 용접공, 정비공 등등과 같은 일을 취미로 했거나 종사한 적이 있습니까?
- Surgery to your inner ear?
속귀에 수술을 받은 적이 있습니까?
- Ear implants (e.g., cochlear, Baha, stapes prosthesis, or tubes)?
귀 임플란트(예: 와우, 바하, 등골 보철물, 또는 튜브)?
- Hearing aids?
보청기?
- Any other type of surgically implanted medical devices, removable medical devices or personal items not covered above? If yes, what type: _____
위에서 언급하지 않은 수술로 삽입된 다른 유형의 의료 기기, 탈착식 의료 기기, 또는 개인적인 용품이 있습니까? 그럴 경우, 어떤 종류:

QUESTIONS FOR GADOLINIUM CONTRAST ADMINISTRATION

게돌리니움 조영제 투여에 관한 질문

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

알려지가 있습니까? 그럴 경우 기록해 주십시오:

- Are you allergic to MRI contrast? If yes, are you pre-medicated? Yes No
MRI 조영제에 부작용이 있습니까? 그럴 경우 미리 약을 복용했습니까? 예 아니오
- Do you have kidney problems, decreased kidney function, or a family history of kidney problems?
신장 질환, 신장기능 저하, 또는 신장 질환의 가족력이 있습니까?
- Have you ever had kidney surgery or been on dialysis?
신장 수술이나 신장 투석을 받은 적이 있습니까?
- Do you have diabetes (Insulin or Non-insulin dependent)?
당뇨병(인슐린이나 비인슐린 의존성)이 있습니까?
- Are you pregnant or do you suspect that you could be pregnant? Are you nursing an infant?
임신을 했거나 임신을 했을 가능성이 있습니까? 유아 수유를 하고 계십니까?
Yes 예 No 아니오

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 - KO

Page 3 of 4



U2393

Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services

YES NO

예 아니오

Have you received an iron or Feraheme injection in the past 3 months?

지난 3개월 이내에 철분이나 페라헴 주사를 맞은 적이 있습니까?

Have you had surgery within the past 6 weeks?

지난 6주일 이내에 수술을 받은 적이 있습니까?

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

수술을 받은 적이 있습니까? 있을 경우, 어떤 종류:

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

지난 한 주 동안 다음 중 하나라도 경험한 적이 있습니까: 메스꺼움증/구토증, 설사, 발열/오한? 그럴 경우 구체적으로 적어주십시오:

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 - KO

Page 4 of 4



Translated 2023 by UW Medicine
Interpreter Services