

MRI画像診断問診票

* 以下の問診票にご記入及びチェックをつけて頂きMRIと一緒に当院へお送り下さい。

ふりがな			生年月日	
氏名			年齢	
郵便番号				
住所				
電話番号	自宅:	携帯:		
職業		身長:	体重:	

1. 医師による診断名 ()
2. ご結婚されていますか? はい いいえ
3. お子さまはいらっしゃいますか? いる いない
4. 今後妊娠を望まれますか? はい いいえ
5. 苦痛となる症状はありますか? ある なし

「ある」と答えた方へ (当てはまる症状全てにレ印をつけて下さい)

トイレ後すっきりしない	お腹が張って苦しい	月経痛	腰痛	便秘
トイレに近い	月経量が多い	不正出血	貧血	おりもの
その他 ()				

・閉経 ()歳

6. 今までにホルモン療法(GnRha)を受けたことがありますか? ある なし

「ある」と答えた方へ

最後の治療はいつですか?

年 月

7. 1年以内に子宮ガン検診を受けていますか?

受けた 受けていない

「受けた」と答えた方へ

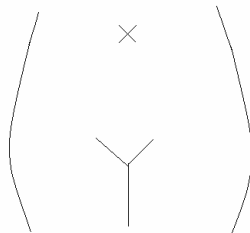
子宮体ガン検査(子宮の奥)	異常あり	異常なし
子宮頸ガン検査(子宮の入り口)	異常あり	異常なし

8. お腹に手術痕はありますか

ある なし

「ある」と答えた方へ

図の中に部位を書き込んでください



傷の大きさ

cm

手術名

9. 通信欄