骨盤部 MRI 検査問診票（女性）

※56歳以上の場合は提出不要です

記入日 年 月 日

氏名

1. 最近の月経はいつですか。

月経中の方は始まった日をご記入ください。

* + 1. （ ）月（ ）日から（ ）月（ ）日まで
    2. 閉経（ ）歳頃
    3. 薬で止めている

（ ）月（ ）日頃からとまりました。

1. 月経周期は何日型ですか。
   1. ( )日型
   2. 不順（状況を教えてください）

|  |
| --- |
|  |

1. 今までの妊娠・出産の有無および回数をご記入ください。
   1. 妊娠 有り（ ）回 ・ 無し
   2. 出産 有り（ ）回 ・ 無し

1. 現在、継続して服用しているお薬がありましたら、ご記入ください。

日本赤十字社長崎原爆病院 放射線科診断部