

# MRI・CT 検査問診表 (患者様記載用 検査当日記載しお持ちください)

※再診の方は変更がない場合、ご住所・お電話番号のご記入は不要です

フリガナ		住所	〒 -		
氏名	男・女		電話番号	( ) -	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	携帯番号	-	-	
身長・体重は機械に登録します。不明の方は目安で結構です		身長	cm	体重	kg

1. ご依頼元の医療機関を受診する日(結果を聞きに行く日)は決まっていますか？

・( )月( )日予定 ・未定 ・検査結果が出たら受診するよういわれている

2. 最終のお食事時間を教えてください ( : )

3. 女性の方にお聞きします

・妊娠または授乳中ですか？ ( いいえ ・妊娠中 ・妊娠の可能性がある ・授乳中)  
・最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 ) ・月経周期(順調 ・不順 ・閉経後)

4. 前回と同じ撮影部位・ご症状での受診ですか？ ( いいえ ・ はい ・ 軽快 ・ 変わらない )

いいえの方は5~8のご記入をお願いします。それ以外の方はここまでのご記入で結構です。

5. どのようなご症状ですか？ 該当のご症状に○をつけて下さい

・特になし ・経過観察 ・要精密検査 ・その他( )  
・痛み ・麻痺やしびれ ・こり ・力が入らない ・腫れ ・動かしにくい ・発語障害 ・痙攣  
・めまい ・物忘れ ・意識を失った ・咳 ・喘息 ・胃もたれ ・吐き気 ・便秘 ・下痢  
・食欲低下 ・便に血が混じる ・体重減少 ・残尿感 ・血尿 ・排尿時の痛み ・腹痛  
・不正出血 ・生理痛、生理不順 ・婦人科系の不調 ・できもの、しこり(皮下腫瘍)

6. ご症状が出たきっかけや思い当たることはありますか？

・特に原因なし ・転倒 ・ぶつけた ・おちた ・ひねった ・重い物を持った ・スポーツ中  
・交通事故 ・勤務中(労災) ・通勤中(労災) ・学校での怪我 ・その他( )

7. いつごろからご症状がありますか？ ・( )日前から ・( )週間前から

・( )か月前から ・( )年前から ・( )年( )月( )日頃から

8. 悪性腫瘍(がん)の治療歴がありますか？ ・いいえ ・現在治療中( )がん

・経過観察中( )がん ・経過観察等終了( )がん ・発病時期( )年

※MRI 検査の方は2枚目の MRI 室に入るための問診票のご記入をお願いします。