

## 子宮卵管造影情報提供書

令和 年 月 日

関西医科大学附属病院

## 女性診療科 子宮卵管造影検査

紹介元医療機関名

電話

FAX

医師名

フリカナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名			女性	年 月 日生( 歳)
住所	〒 - 電話番号 ( ) -			

関西医大受診歴

 有 (ID: )  無  不明

保険情報

※受診当日は必ず保険証原本をご持参ください。

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
続柄	本人 ・ 家族								

■公費負担医療受給者証

負担者番号									
受給者番号									

下記のとおり患者様を紹介いたします。

(下記項目をご記入ください)

- ◆ 造影剤アレルギー : あり ・ なし
- ◆ 抗生剤アレルギー : あり ・ なし
- ◆ 甲状腺機能異常 : あり ・ なし
- ◆ ビグアナイド系糖尿病薬(メトホルミン塩酸塩)の服用 : あり ・ なし
- ◆ 子宮頸管クラミジア検査 : 異常なし ・ 検査中 ・ 治療後
- ◆ 子宮内膜症(既往含む) : あり ・ なし

**依頼方法** : 本用紙をご記入の上、FAX で当院地域医療連携部 (072-804-2861) までお送りください。

患者様には、月経が開始したらご自身で電話にて予約を取るようご説明ください。

【連絡先】: 病院代表(072-804-0101)※女性診療科受付へ繋ぐようお願いください。

【予約受付時間】: 平日 13:00~16:00

なお、予約枠の都合上、希望される周期に検査ができない事もありますのでご了承ください。

**関西医科大学 附属病院**

〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号

[ 地域医療連携部  
病診連携課 ]

《受付》  
《休診日》

平日:8時30分~20時 土曜日:8時30分~12時30分  
日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12/29~1/3)

電話 072-804-2742

FAX 072-804-2861