

子宮卵管造影検査 問診票

| | | | |
|----|--|------|------------------------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 住所 | | 電話番号 | |

①. 造影剤を使用したことがありますか。 (はい ・ いいえ)

②. ①で「はい」、の方にお聞きします。
造影剤でアレルギー症状が出ましたか。 (はい ・ いいえ)

③. お薬アレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)

④. ③で「はい」、の方は詳細を記入してください。

⑤. 甲状腺の病気を指摘されたことがありますか。(はい ・ いいえ)

⑥. 子宮内膜症や卵巣チョコレート嚢腫を指摘されたことがありますか。
(はい ・ いいえ)

⑦. 喘息の既往はありますか。(はい ・ いいえ)

⑧. 糖尿病薬（以下の薬）を内服していますか。(はい ・ いいえ)

メトホルミン：グリコラン錠、メトグルコ錠、メトホルミン塩酸塩

ブホルミン：ジベトス錠、ジベトンS 腸溶錠

配合剤：イニシンク配合錠、メタクト配合錠、エクメット配合錠、メトアナ配合錠

※上記の薬を服用している方は、検査後 48 時間は内服を中止してください。

記入日 年 月 日

関西医科大学附属病院 女性診療科