

紹介元医療機関へのご案内

紹介手順

- ① 「FAX紹介患者連絡票(婦人科)」に必要事項を記入し、貴院で作成した診療情報提供書と共に当院予約センターへFAXしてください。
- ② 当科初診患者対応日は以下の表の通りです。
予約日は診療情報提供書を確認し、当科で決定いたします。

受付時間	月	火	水	木	金
一般 8:30	○	○			○
不妊 12:00			○		
子宮頸部細胞診異常				○ 11:30	○ 11:00
妊孕性温存療法 随時	千葉県がん・生殖医療相談支援センター (HP参照) 患者本人 又は 医療機関より直接連絡可: TEL 043-226-2749				

- ③ 3診療日以内に予約日時を記載した「医療機関連携予約受診票」をFAXにて返信いたします。
- ④ FAXが届きましたら紹介依頼医にて日時をご確認いただき、問題ないようでしたら患者にお渡してください。
- ⑤ 貴院医師の判断にて日程の変更が必要な場合や、FAX送信後1週間以内に当院からの返信がない場合は、貴院から当科外来に電話にてご連絡ください。

FAX 043-226-2654 予約センター (終日受付)

※緊急対応依頼・予約日時の調整など
TEL 043-222-7171 (代表)



千葉大学医学部附属病院 予約センター 行

FAX（予約専用）：043-226-2654（終日受付）

※緊急の受診については婦人科外来へご連絡ください。TEL 043-222-7171（代表）

FAX紹介患者連絡票（婦人科）

【紹介元医療機関】

医療機関名	
ご住所	
電話番号	内線：
FAX番号	
ご担当部署	FAX送信者

【患者情報欄】

現在の状況	独歩・車いす・その他（ 外来通院中・入院中（退院予定日 月 日）	千葉大学病院 受診歴	有（ID 無
フリガナ		性別	男性・女性
氏名	（旧姓）	生年月日	M T S H R 年 月 日（ 歳）
現住所	〒 -		
電話番号	自宅：（ ） -	携帯：（ ） -	

【紹介目的】

傷病名	
-----	--

ご都合の悪い日 （FAX送信日より2か月先まで）	
-----------------------------	--

【注意事項】

- ※当日の予約は取れません。
- ※セカンドオピニオンをご希望の場合は、このFAXでの予約をお取り扱いできません。
- ※FAX予約では、同日に複数科の初診外来予約は取得できません。
- ※FAX受信後、3診療日以内に医療機関宛てにB書式を送信いたしますので、確認のお電話は必要ありません。
- 1週間経過してもB書式が届かない場合はお手数ですが当科外来にご一報ください。
- ※この連絡票を送信する際には、必ず診療情報提供書を一緒に送信してください。

患者さんへのご案内

初診当日について

初診外来受診の手順

- ① 予約時間までに外来診療棟正面玄関よりお入りいただき、総合案内にお声かけください。
初診手続きをいたしますので、持参した診療情報提供書や画像データ、保険証、お持ちの方は公費受給者証、医療機関連携予約受診票をお渡しください。
- ② 初診手続き後、外来診療棟 3 A 婦人科外来までお越しいただき以下の書類を受付にお出しください。
当日の流れをご説明します。
 - ・ 診療情報提供書（原本）
 - ・ 記載した問診票（病院共通・婦人科）
 - ・ 病理標本（お持ちの場合）
- ③ 受付番号で呼びします。待合スペースでお待ちください。

注意事項

- ・ 当科はチーム制診療のため複数の医師で対応いたします。医師の指名はできません。
- ・ 診察内容によっては一日がかりとなることがありますので、他の予定を入れずにお越しください。昼食を控えていただく場合もあります。
- ・ 内診時に出血する場合があるため、ナプキンをお持ちください。
- ・ 感染予防対策のため、内診台のカーテンはごさいません。ご了承ください。
- ・ 当科初診外来受診の前に、お困りのことがある場合は、紹介元の医療機関へご相談ください。
- ・ 当院は、学生実習を受け入れております。問診や診察に同席させていただきます場合があります。





※病院職員記入欄※

体温	℃	血圧	/	脈拍	/分
SpO2	%	身長	cm	体重	kg

千葉大学医学部附属病院 病院共通<初診>問診票

記入日: 20 年 月 日

お名前		生年月日	年 月 日
職業 (現在無職の方は直近の職業)		電話番号	- -
		国籍	☐ 日本 ☐ その他 ()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。
◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

マイナンバーカード（有・無）
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（いいえ・はい）
他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（いいえ・はい）
この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（いいえ・はい）
健診時期（ 年 月 ） 指導事項

来院された主な理由について			
① 今一番お困りのことは何ですか。			
② お困りのことについて詳しくお書きください			
いつから（○月△日から、○日前から）、経過、前医（紹介元）から説明されている内容など			
今までに診断・治療された病気について			
③ 以下の病気と言われたことがあれば、○をつけてください。			
高血圧・糖尿病・脂質異常症・心臓病・腎臓病・脳血管障害・呼吸器疾患・血液疾患・がん			
④ 現在通院している病気や過去にかかったことのある病気を記入してください。			
西暦または年齢	病名・手術名	治療状況	病院・診療所名
		終了・通院中	
		終了・通院中	
		終了・通院中	
		終了・通院中	
⑤ 今までに手術を受け、体内に金属はありますか			
☐ ない ☐ ある（どのような金属ですか： ）			
⑥ 入れ墨、アートメイクをしていますか		⑦ 取り外し可能な義歯はありますか	
☐ ない ☐ ある（体の部位： ）		☐ ない ☐ ある（部位： ）	

↓裏面もお答えください↓

⑧ 家族(血縁)が下記の病気だった場合、全てにチェックをし、カッコに続柄を記入してください。			
☐ 高血圧	()	☐ 糖尿病	()
☐ 心臓病	()	☐ 脳血管障害	()
☐ その他	病名: 続柄: ()	病名: 続柄: ()	病名: 続柄: ()
お薬について			
⑨ 現在、使用しているお薬（内服・外用・注射・市販薬を含みます）はありますか？			
☐ なし			
☐ あり → ・マイナ保険証に同意いただいた方は記入不要です。 ・お薬手帳をお持ちの方は、窓口へ提出いただければ記入不要です。			
※マイナ保険証に同意していない・お薬手帳をお持ちでない方のみ、以下に記入してください。			
薬剤名：			
⑩ その他、漢方薬やサプリメント、健康食品など摂取しているものがあれば記入してください。			
※使用している場合、手術など治療に影響を与える可能性があります。記入の上、必ず医師に相談してください			
アレルギーについて			
⑪ 食物アレルギーはありますか？ 例：たまご、乳製品、小麦、ピーナツなど			
☐ ない・知らない ☐ ある（品名： 症状： ）			
⑫ 薬剤アレルギーはありますか？ 例：造影剤、抗生物質、麻酔など			
☐ ない・知らない ☐ ある（品名： 症状： ）			
⑬ その他アレルギーはありますか？ 例：金属、ラテックス、アルコール剤など			
☐ ない・知らない ☐ ある（品名： 症状： ）			
生活習慣について			
⑭ お酒について			
☐ 飲まない ☐ 過去に飲んでいたがやめた(1ヶ月以上経過) やめた年齢 ()歳頃			
☐ 飲む いつから ()歳から ()回/週 種類: () 1回の量: ()杯			
⑮ たばこについて			
☐ 今まで吸ったことがない			
☐ 過去に吸っていたがやめた(1ヶ月以上経過) → 以下に詳細を記入してください			
☐ 今も吸っている → 以下に詳細を記入してください			
喫煙年数 ()年 年齢 ()歳～ ()歳頃まで 喫煙本数 ()本/日			
女性の方にお伺いします			
⑯ 現在、妊娠していますか ☐ いいえ ☐ 可能性がある・はい 妊娠 週目 分娩予定日 年 月 日			
⑰ 現在、授乳していますか ☐ いいえ ☐ はい			
病院職員に知っておいてほしいことを自由に記載ください。			

ご協力ありがとうございました。すべてを記入したら、受付へご提出をお願いします。

※診療科用に別の問診票に記入いただく場合があります。ご確認ください。



婦人科 問診票

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. あなたについてお聞きします

お名前 _____

緊急連絡先（氏名） _____（続柄） _____（電話番号） _____

2. 受診の理由をお書き下さい

☐ 不正出血・口腹部膨満感・口腹痛などの自覚症状あり（具体的に： _____）

その症状はいつからありましたか _____

☐ 検診で異常を指摘された（具体的に： _____）☐ その他： _____

3. あなたの月経について

月経が始まった年齢（初経）： _____ 歳 月経が終わった年齢（閉経）： _____ 歳

現在の月経について（月経がない場合は、月経があった時のことを思い出してお答え下さい）

月経の始まりから次の月経の始まりまでの日数（周期）： _____ 日

月経の始まりから終わりまでの持続日数： _____ 日

月経の量： 少 ・ 普通 ・ 多（血の塊が出る）

月経痛： ない ・ 軽い ・ 中くらい ・ 強い

鎮痛薬の使用：月経時に（薬剤名） _____ を1日 _____ 回、 _____ 日間内服

最終月経（最も近い月経）： _____ 月 _____ 日から _____ 日間

4. 結婚・妊娠について

今後の妊娠希望： あり ・ なし ・ 今すぐではないが将来的にあり

未婚 （性交経験： あり ・ なし ）

（パートナー： あり ・ なし ）

既婚 _____ 歳のとき結婚 _____ 歳のとき離婚 _____ 歳のとき再婚

5. 妊娠・出産の経験（年代順にお答え下さい）

あなたの年齢	正常分娩・帝王切開、早産、死産	妊娠週数
		週
		週
		週
		週

自然流産： _____回 人工妊娠中絶： _____回

その他（胎状奇胎・子宮外妊娠など）： _____

6. 検診歴・家族歴について

最後に子宮頸がん検診を受けたのはいつですか： _____ 年 月 もしくは _____ 年 か月前

血縁者に遺伝性疾患： なし ・ あり(_____)

血縁者にがん： なし ・ あり

大腸がん： なし ・ あり(_____)

乳がん： なし ・ あり(_____)

子宮体がん： なし ・ あり(_____)

卵巣がん： なし ・ あり(_____)

その他のがん： なし ・ あり(_____)

7. あなたの生活

・ふだんの生活はどれに一番近いですか。数字に○をつけてください。

0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが歩行可能で、軽作業や座っての作業ができる。
2	歩行可能で身の回りのことは可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた身の回りのことしかできない。日中の50%以上はベッド上で過ごす。
4	身の回りのことはできない。日中はほぼベッド上で過ごす。

・同居家族はいますか（例：夫、長男）

・別居でも療養をサポートしてくれる身内の方はいますか（例：長女 船橋在住）

8. 今後の治療について、心配なことやご希望はありますか。

（例：妊娠を希望しているので、今後妊娠ができるかどうか心配。仕事をしているので入院をなるべく短期間にしたい。独居なので治療中にサポートしてくれる人がいない。など）