**【プレコンセプションケア外来 申込書】 送信枚数： 枚**

千葉大学医学部附属病院 周産期母性科 外来宛

FAX送信日

 年 月 日

患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 携帯番号 | （　　 　　　） |
| 氏名 |  |
| 携帯番号②または自宅 | （　　 　　　） |
| 連絡先氏名（ ）続柄（ ） |
| 生年月日 | 年　　　　　　　月　　　　　　　　日　日 | 年齢 | 歳 |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |

受診希望日 申し込み日から3週間後以降の月曜日午後で、受診される方のご都合がよい日程を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望 | 年 月 日 |
| 第二希望 | 年 月 日 |
| 第三希望 | 年 月 日 |
| その他 | 月曜日の来院が難しい場合や、時間帯について何かご相談があればこちらに記載してください |  |

紹介元医療機関 記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 診療科 | 科 | フリガナ医師名 |  |
| 紹介理由 | ① 基礎疾患、合併症をお持ちの患者さんの妊娠前相談 |
| ② 前回妊娠・分娩経過に問題があった方の次回妊娠に向けての相談 |
| ③　その他（ ） |

紹介元医療機関様へ

1. 紹介状の原本、画像などのデータと、申込書２ページ目以降の患者さんお渡し用文書と問診票を患者さんにお渡しください。
2. 【プレコンセプションケア外来申込書】と紹介状をFAXで送付してください。 **FAX043(226)2654**
3. 原則、送付後の電話は不要ですが、FAXが届いているかなどの送付確認をされる場合は予約センターの下記番号へ

専用TEL 043(226)2712 平日9時～16時30分

紹介状に記載していただきたいこと ＊後日追加の情報提供をお願いすることがあります。

①病名 ②治療経過 ③現在の病状/治療・処方 ④今後の見込み

⑤妊娠許可できると考える条件 ⑥疾患が妊娠に与える影響

（患者さんお渡し用）

プレコンセプションケア外来を受診される患者さんへ

①**平日午後3時～4時30分頃**に、当院から日程調整のお電話をいたします。

申し込みから４日以上（土日祝除く）連絡がない場合は、

「千葉大学医学部附属病院 周産期母性科 外来」までご連絡ください。

②プレコンセプションケア外来にお申込みいただいても、ほかの外来が適切な場合には、

そちらをご案内する場合があります。

③千葉大学医学部附属病院、周産期母性科のホームページ内の

・プレコンセプションケア外来（患者さん向け説明）文書をご覧ください。

・プレコンセプションケア外来問診票に事前にご記入ください。

・プレコンセプションケア外来問診票、紹介状と検査データを外来受診日の**2週間前**までに

配達証明がある形での郵送（または事前にご来院の上）で、下記窓口にご提出ください。

 資料の受付窓口

〒260-8677 千葉市中央区亥鼻１丁目８−１ tel 043(222)7171

千葉大学医学部附属病院 周産期母性科外来 クラーク宛

※相談内容によっては準備に時間がかかるため、日程変更をお願いすることがあります。

④妊娠と薬についても詳しくお知りになりたい場合は、プレコンセプションケア外来妊娠と薬外来を一緒にお申込みいただけます

※別途妊娠と薬外来の申し込みが必要です。妊娠と薬外来も一緒に希望の場合は問診票の該当欄にチェックをつけてください。

⑤プレコンセプションケア外来は自費診療です。

以降30分ごとに

2,800円

* + プレコンセプションケア外来 15,800円（1時間 ）

プレコンセプションケア外来＋妊娠と薬外来 21.300円（90分まで）

* + 検査や診断は行わず、カウンセリングのみを行う外来です。
	+ 他の診療科と同日の受診はできませんのでご注意ください。

⑥当日受診方法のご案内

* 予約時間の30分前までに、1階1番窓口で周産期母性科初診の手続きをしてください。
* 診察券、保険証と、上のお子さんの母子手帳がある方はお持ちください。
* お手続き後、外来診療棟3階の周産期母性科外来へお越しください。
* 体調不良やご都合が悪くなった際は、周産期母性科外来にご連絡ください。

千葉大学医学部附属病院 周産期母性科

**プレコンセプションケア外来（妊娠前相談）　問診票**

記入日　西暦　　　　年　　月　　日

# 以下の質問について、当てはまるものに☑もしくは記入をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日中連絡がつく電話番号

身長　　　　 cm 妊娠前体重　　　kg

**ご自身の持病や、これまでの妊娠合併症歴の中で、今回の外来でカウンセリングを希望される病名を**

**すべて挙げてください。また、カウンセリングでお知りになりたい内容を具体的に記入してください。こちらに記入いただいた内容をもとにカウンセリングを行います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 病名・妊娠合併症など | お知りになりたいこと、心配なことなど |
| 例）糖尿病 | 妊娠中に薬を使うことで赤ちゃんに影響がないのか。糖尿病は赤ちゃんの発育に影響が出ると聞いて心配。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

枠が足りない場合は、2ページ目の最後の〔　　〕内に記入してください。

# 【これまでの妊娠について】

妊娠　　回、分娩　　回、自然流産　　回（流産手術 回）、中絶　　回、子宮外妊娠　回、胞状奇胎　回

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分娩日(分娩時年齢) |  | 週数 | 分娩方法 | 性別 | 出生体重 | 生死 | 妊娠中･分娩中の異常 | 分娩施設 |
| 西暦　　　　　年　　月(　　歳) |  | 週 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 |  | g | 生・死 |  |  |
| 西暦　　　　　年　　月(　　歳) |  | 週 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 |  | g | 生・死 |  |  |
| 西暦　　　　　年　　月(　　歳) |  | 週 | 正常・吸引・鉗子・帝王切開 |  | g | 生・死 |  |  |

# 【既往歴/手術歴】 産婦人科既往歴・糖尿病・高血圧・静脈血栓塞栓症・結核・喘息・遺伝性疾患・精神疾患・その他

ある場合は、通院時の年齢、病名、病院名の記載をしてください。

＜カウンセリングを希望される病名は、初めの　　の表にも必ず記載してください＞

□なし □ある（　　歳、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　 （　　歳、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　 　　（　　歳、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

上記に記載した病気で使用中の内服薬や注射などがあれば下記に記載してください。薬について

詳しく相談したい場合は、「プレコンセプションケア外来＋妊娠と薬相談外来」をお勧めします。

# 【アレルギー（花粉症や鼻炎も含む）】ある場合は薬物・食品の名称と症状を記載してください。

□なし □薬物　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□食品（　　　　　　　　 　　 　　　）□その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

# 【生活習慣について】

たばこ：本人　□吸わない □以前吸っていた（　　歳から　　本/日×　　年間）

　　　 夫　　□吸わない □以前吸っていた

お酒 ： □飲まない　 □機会飲酒　 □ほぼ毎日飲む（お酒の種類　　　　　　、　　ml/日）

# 【結婚について】

入籍 ：□入籍予定( 　　年　月頃）　□入籍予定なし　 □既婚：初婚・再婚　(結婚時　　歳)

血族結婚：□なし　　□あり(例：いとこ、はとこ　　　　　　　　　　　　　)

# 【妊娠のタイミングについてのご自身の考え】

　□すぐに妊娠したい　　□1年以内くらいに妊娠したい　 □まだ予定はない

# **【家族歴】**あなたと血のつながりがあるご家族について記載してください

糖尿病・高血圧・静脈血栓塞栓症・結核・喘息・遺伝性疾患・精神疾患などをお持ちの方はいますか？

□なし □あり　（具体的にご家族の誰がどのような病気をお持ちか以下に記載してください）

**●そのほか、お伝えしたいことがあれば、以下に記載してください。**

●今回カウンセリングを希望される外来は（どちらかに〇をつけてください）

　（　　）プレコンセプションケア外来（1時間まで15800円）

（　　）プレコンセプションケア外来＋妊娠と薬相談外来（90分まで21300円）

 御協力ありがとうございました。