

千葉大学医学部附属病院 周産期母性科

初診 FAX 用紙

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

患者連絡先TEL ① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

FAX 番号 043-226-2654

千葉大学病院 予約センター (終日対応)

この用紙と紹介状を上記番号に FAX してください。

# 周産期母性科外来 初診手続き および当日のご案内

## ◆ 初診手続きおよび受診まで

当科への紹介は完全予約制です。以下の手順で受診予約をお取りください。

### ご予約・受診の手順

- ① 紹介先の医療機関から当科宛に紹介状の FAX をいただきます。
- ② 当科医師が FAX 内容を確認し受診日を決定します。
- ③ 当院助産師からご本人へ直接電話で受診日時・受診方法の連絡を行います。  
電話連絡は FAX された日の翌日以降の平日 13～16 時頃に行います。
- ④ 予約当日のご案内は次のページをご参照ください。

## 注意事項

- ◇ 電話連絡の際、こちらからの電話がつかないことがあります。可能であれば連絡先を 2 つ教えていただくと助かります。
- ◇ 当院の発信電話番号は複数あり、ランダムに発信されます。千葉市内からの電話番号には出てくださいようお願いします。
- ◇ FAX してから平日 3 日以上当科から電話が来ない場合は連絡の行き違いが生じている可能性があります。ご足労ですが、紹介元の医療機関にその旨連絡をしてください。
- ◇ 緊急を要する場合は紹介先医師と直接連絡を取り合うことになっています。診察に最適な受診日を設定させていただいておりますのでご安心ください。
- ◇ 初診時間診票は当科ホームページ上にありますので、可能であれば印刷・記載してご持参ください。

## ◆ 初診 当日のご案内

- ① 初診手続き：外来診療棟1階1番窓口（予約時間）
- ② 周産期母性科外来（外来診療棟3階）受付へ
- ③ 下記持ち物を受付へ提出し、血圧・体重を測定  
（問診票を持参していない方は受付で用紙をもらって記載してください）
- ④ 問診
- ⑤ 診察・検査
- ⑥ 医師からの病状説明
- ⑦ 助産師からの説明

### 【当日の持ち物】

- ・ 当院周産期母性科宛ての紹介状
- ・ 母子健康手帳・別冊（補助券）
- ・ 当院診察券
- ・ 健康保険証（マイナンバーカード）
- ・ 在留カード（外国籍の方）
- ・ お薬手帳
- ・ 上の子の母子健康手帳（経産婦の方）
- ・ 問診票（可能な方は周産期母性科 HP から印刷し、記入して持参してください）



## 注意事項

- ◇ 初診日は、大変お時間がかかりますので、丸一日ご予約を空けて来院をお願い致します。
- ◇ 問診や診察（エコーを含む）、保健指導についてはご本人のみの受診となります。
- ◇ 医師による病状説明は、ご家族の同席が可能です。
- ◇ 当院はチーム制診療のため、医師の指名はできません。
- ◇ 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く場合がございます。
- ◇ 当院初診の前に診察の必要性などお困りのことがある場合は、紹介元の医療機関へご相談下さい。

千葉大学医学部附属病院周産期母性科外来

043-222-7171 （代表）

初診に関するお問い合わせ：平日 14:00～16:00



# 産科 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☑もしくは記入をしてください。  
病院共通<初診>問診票と重複している質問がございますが、診療上大切な情報  
ですので、お手数ですがご記入をお願いいたします。



フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm、妊娠前体重 \_\_\_\_\_ kg

職業 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 月退職 \_\_\_\_\_ 月から産休予定、育休取得予定期間 \_\_\_\_\_ )

最終学歴 :  中学校  高校  短大  専門学校  大学以上 (  卒業、 中退 )

自宅住所 \_\_\_\_\_ 当院まで車で片道 \_\_\_\_\_ 分

## 【受診理由】

[ \_\_\_\_\_ ]

## 【緊急連絡先について】 2カ所ご記入ください

	氏名	続柄 (例: 夫)	連絡先の電話番号	住所 (〇〇県〇〇市)
1				
2				

## 【今回の妊娠について】

最終月経: 20\_\_年\_\_月\_\_日から\_\_日間、 平素と同様  少量  その他 ( \_\_\_\_\_ )

分娩予定日: 20\_\_年\_\_月\_\_日、 未定

今回の妊娠:  自然妊娠  タイミング法  排卵誘発  人工授精  体外受精

顕微受精  卵子提供  その他 ( \_\_\_\_\_ )

妊娠 16 週までに以下の症状・検査があればチェックしてください

つわり  発熱 (38℃以上)  出血  レントゲン・CT 検査

## 【月経について】

初経年齢: \_\_\_\_\_ 歳 経過:  順調 ( \_\_\_\_\_ 日周期、 \_\_\_\_\_ 日間持続) ・  不順 ( \_\_\_\_\_ 日間持続)

量:  少ない  普通  多い 月経の障害:  無  有

## 【これまでの妊娠について】 今回の妊娠は含めずご記入ください。

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、胎状奇胎 \_\_\_\_\_ 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		
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		

**【産婦人科の病気の通院歴はありますか】**

- なし その他（下に自由記載してください）
- 帝王切開\_\_\_\_回
- 頸管縫縮術の既往
- 子宮筋腫（手術：有 無）
- 子宮腺筋症（手術：有 無）
- 卵巣嚢腫（手術：有 無）
- 子宮や膣の形の異常（手術：有 無）
- 子宮がん検診異常
- 子宮頸部円錐切除術の既往

**【産婦人科以外の通院歴・手術歴はありますか】**

（糖尿病・高血圧・静脈血栓塞栓症・結核・喘息・遺伝性疾患・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。

- なし
- ある（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）

記載いただいた病気に使用中の内服薬があれば記載してください。

( \_\_\_\_\_ )

**【精神科・心療内科・メンタルヘルス科などの通院歴はありますか】**

ある場合は、通院時の年齢、病名、病院名、内服薬の記載をしてください

- なし
- あり（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）  
（ \_\_\_\_ 歳、\_\_\_\_\_）

**【以下の手帳の所持はありますか】**

- 身体障害者手帳（申請中・ \_\_\_\_ 級）
- 精神障害者保健福祉手帳（申請中・ \_\_\_\_ 級）
- 療育手帳（申請中・ \_\_\_\_ 級）
- 特定疾患受給者証（申請中・ 取得済 ）

### 【アレルギーはありますか（花粉症や鼻炎も含めます）】

ある場合は薬物・食品の名称とどんな症状があったか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： 吸わない 以前吸っていた ( \_\_\_\_\_本/日× \_\_\_\_\_年間) 妊娠後も吸っている ( \_\_\_\_\_本/日)

アルコール： 飲まない 妊娠前摂取していた ( \_\_\_\_\_ml/日) 妊娠後も摂取している ( \_\_\_\_\_ml/日)

違法薬物使用歴： なし あり

宗教： なし あり ( \_\_\_\_\_ )

今回の妊娠中に内服した薬やサプリメント： なし あり ( \_\_\_\_\_ )

### 【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 (結婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳)

再婚の場合…1回目の結婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳：(離婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳・死別時の年齢 \_\_\_\_\_歳)

2回目の結婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳：(離婚時の年齢 \_\_\_\_\_歳・死別時の年齢 \_\_\_\_\_歳)

血族結婚： なし あり(例：いとこ、はとこ \_\_\_\_\_)

### 【赤ちゃんの父親について】

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_歳 職業 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_

血液型 \_\_\_\_\_型 Rh (+・-) 同居 別居(住所： \_\_\_\_\_)

たばこ： 吸わない 吸う

アルコール： 飲まない 飲む

現在または今までにかかった病気があれば○をつけてください。

糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( \_\_\_\_\_ )

**【あなたと血の繋がりがあある家族について記載してください】**

続柄	年齢	同居/別居	現在または今までにかかった病気	行方不明	死亡
子①(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子②(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子③(男・女)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実父	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実母	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄・姉・弟・妹	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖父(父方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖母(父方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖父(母方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖母(母方)	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	歳	同居・別居	糖尿病・高血圧・精神疾患・静脈血栓塞栓症・遺伝性疾患 その他( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**【分娩予定と退院先】**

分娩予定施設： 当院 未定 他院(予定施設： )

退院後の住所： 自宅 実家 義実家

その他(住所： \_\_\_\_\_様宅 )

退院後の電話番号： 自宅 その他(電話番号 )

産後の育児協力者： 夫 パートナー 実母 実父 義母 義父

その他( )

**●心配なことについてお聞かせ下さい。**

具体的に記載したい方は、下の空欄に記載してください。

経済的なこと 妊娠中のこと 産後、育児のこと 夫・パートナーのこと

家族のこと

その他

御協力ありがとうございました。

※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 <small>(現在無職の方は直近の職業)</small>		電話番号	- -
		国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2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	

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

ない ある (体の部位: )

⑦ 取り外し可能な義歯はありますか

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。	
<input type="checkbox"/> 高血圧 ( )	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 ( )
<input type="checkbox"/> 心臓病 ( )	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 ( ) <input type="checkbox"/> がん ( )
<input type="checkbox"/> その他 病名: _____ 続柄: ( )	病名: _____ 続柄: ( )
お薬について ※マイナ保険証へ同意いただいた方は記入不要です。	
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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → お薬手帳を窓口へ提出してください。 <u>(お薬手帳をお持ちではない方のみ、以下に記載ください。)</u> 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載ください。	
※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。 記載の上、必ず医師にご相談ください	
アレルギーについて	
⑪ 食物アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない・知らない <input type="checkbox"/> ある（品名： _____ 症状： _____）	
⑫ 薬剤アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない・知らない <input type="checkbox"/> ある（品名(例:造影剤)： _____ 症状： _____）	
⑬ その他アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない・知らない <input type="checkbox"/> ある（品名： _____ 症状： _____）	
生活習慣について	
⑭ お酒について <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 飲む ( ) 回/週 種類： ( ) 1回の量： ( ) 杯	
⑮ たばこについて <input type="checkbox"/> 今までに吸ったことがない <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたがやめた(1ヶ月以上経過) →以下に詳細を記載してください <input type="checkbox"/> 今も吸っている →以下に詳細を記載してください 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。すべてを記載したら、受付へご提出をお願いします。

※診療科用に別の問診票へ記載頂く場合があります。ご確認ください。