船橋中央病院　産科外来初診予約表　　診察ご希望でお電話いただいた方へ

　当院は地域周産期医療センターであり、リスクがある妊婦さんの妊娠・出産の診療を多く行っています。

診察時間や頻度、必要な検査などは個々の妊婦さんの状態によって変わります。

また新型コロナウイルス流行のように周辺地域の医療情勢の変化にあわせて妊婦健診の方法や診療体制、を病院の方針として変更することがございます。ご了承ください。

私たちは当院にいらっしゃる妊婦さんたちができる限り安全に妊娠、分娩、産後の期間を過ごしていただくためにサポートさせていただきたいと考えています。

以下のご質問にできるだけ詳しくお答えいただきsankagairai@funabashi.jcho.go.jpまで

送信してください。

問診の内容を医師に確認し当院で受診可能かを３診察日（月曜日から金曜日まで祝日を除く）に電話でご連絡いたします。

（診療の都合上13：00～15：00となります）

診察日と予約時間を申し上げますのでその日時にお越しください。現時点で8週0日以上であり子宮内に妊娠、児心拍が確認された方は分娩予定日もご記入ください。

当院に受診されたことがあり診察券をお持ちの方はご記入ください。また旧姓もご記入ください。

|  |
| --- |
| 本人氏名：　　　　　　　　　　　（　　）歳　　生年月日：　　　　年　　　月　　　日　 |
| 旧姓 |
| 本人職業：　　　　　　　　身長：　　　㎝　妊娠前体重：　　　　㎏ |
| 夫（パートナー）氏名：　　　　　　　　　（　　）歳　職業：　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 結婚年齢：　　　歳　　血族結婚：[ ] 有・[ ] 無　健康状態：[ ] 健・[ ] 患・[ ] 別・[ ] 死 |
| 再婚年齢：　　　歳　　血族結婚：[ ] 有・[ ] 無　健康状態：[ ] 健・[ ] 患・[ ] 別・[ ] 死 |
| 未婚：婚姻予定　[ ] 有・[ ] 無　　同居：　[ ] 有・[ ] 無 |
| 最終月経：　　　　年　　月　　日から（　　）日間　　分娩予定日：　　　　年　　月　　日 |
| 現在　喫煙：　[ ] 無・[ ] 有　　本/日　　　飲酒：　[ ] 無・[ ] 有　　㎖/日 |
| 診察券番号　　　　　　　－　　　　－　　　 |

**緊急連絡先**ご本人　電話番号　　　　　－　　　　－

　　　　　　夫またはパートナー　電話番号　　　　　　－　　　　　－

　　　　　　その他ご家族　ご関係（　　　　　　）

お名前　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－

**今回の妊娠についてお聞きします**

妊娠の確定がされていない方は最終月経・妊娠検査薬陽性の日をご記入ください。

最終月経　　　　　年　　　　月　　　日　　　　　　周期　　　　日

自然妊娠

妊娠検査薬陽性の有無　　　　　　　　　　　　　日付

　不妊治療　（[ ] タイミング・[ ] 人工授精・[ ] 体外受精・[ ] 顕微授精・[ ] その他）

　　　　　　　妊娠までの経緯をお書きください

　・

**単胎妊娠　・　双胎妊娠**

・双胎の方は膜性が分かっていればチェックをお願いします

　**双胎妊娠**　膜性によって妊娠中のリスクは大きく異なります。

双胎妊娠の種類

　[ ] 二絨毛膜二羊膜双胎（DD双胎）

　　→二人は別々の胎盤を持っている。お部屋も独立している

　[ ] 一絨毛膜二羊膜双胎（MD双胎）

　　→二人は一つの胎盤を共有し、二人の間には膜がありそれぞれ独立した部屋にいる

　[ ] 一絨毛膜一羊膜（MM双胎）

　　→二人は一つの胎盤を共有し、お互いの膜はなく一つの部屋にいる。

**妊娠・分娩歴**　（今までに妊娠した回数・分娩した回数すべてご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　月 | 妊娠経過 | 週数 | 分娩経過 | 産後経過 | 性別 | 体重 | 出産病院 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※流産・妊娠中絶も含みます。　分娩経過は帝王切開・経膣分娩を、産後経過は出血が多かったなどをご記入ください

書ききれない場合は下記に詳細をご記入ください

**アレルギーについて　　有の場合　詳細をご記入ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 食物 | [ ] 無・[ ] 有 |
| 薬剤 | [ ] 無・[ ] 有 |
| 科学物質 | [ ] 無・[ ] 有 |
| 金属 | [ ] 無・[ ] 有 |
| ラテックス　 | [ ] 無・[ ] 有 |
| アルコール | [ ] 無・[ ] 有　 |
| その他 | [ ] 無・[ ] 有　 |

**今までかかった病気・手術・けがなどお聞かせください。**例）平成○年　（16歳）盲腸の手術

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（10歳）喘息　最後の発作22歳など

[ ] 高血圧　　　[ ] 糖尿病　　　　[ ] 甲状腺疾患　　　[ ] 喘息　　　[ ] 悪性腫瘍・癌　　[ ] 心血管疾患

[ ] 虫垂炎　　　[ ] 神経筋疾患　　[ ] 脳神経外科疾患　[ ] 整形外科疾患　　　[ ] 精神疾患

[ ] 子宮筋腫　　[ ] 卵巣腫瘍　　　[ ] 子宮内膜症　　　[ ] てんかん　　[ ] 血液疾患　　　[ ] 消化器疾患

詳細　例）　○年（16歳）：盲腸の手術　　　○年（25歳）子宮内膜症

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月　年齢 | 病名 | 治療内容 |
| 　　　　年（　　歳） |  |  |
| 　　　　年（　　歳） |  |  |
| 　　　　年（　　歳） |  |  |

**輸血を受けたことがある**

ある→　　　　歳　　　　理由

**血族の方で上記のご病気にかかった方はおられますか。**例）高血圧（父）　肝臓がん（祖父）など

**現在内服している薬（サプリメント）はありますか**。ある方は薬品名、（商品名）を記載してください

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] 無 | [ ] 有： |

お疲れ様でした。

ご記入ありがとうございます

この用紙は個人情報保護法に基づき処理させていただき、診療以外には使用しないことを

お約束いたします。詳細はホームページの「当院は患者さんの個人情報保護に全力で取り組んでいます」

をご覧ください。

受診までの予定

この用紙はお電話をされた翌日までにはご送信ください。

妊娠週数が進むと受けられない検査や双胎の場合膜性診断が困難になることがございます。

ご記入されたご本人様の電話にご連絡させていただき受診日とお時間をお伝えします。

持ってくるもの

・紹介状（妊娠の確定をされている方で持っている方

・母子手帳・補助券（持っている方）

・保険証

・飲んでいるサプリメント

・当院の診察券がある方は診察券

診察当日は1階の1番窓口によって（※紹介状をお持ちの方はお出し下さい）

周産期棟4階産科外来までお越しください。

初回診察はお時間に余裕をもってお越しください。

お子様・ご家族の同伴はご遠慮ください。

それではお会いできることを楽しみに産科でお持ちしております。

以下はスタッフが記入させていただきます

電話対応スタッフ　　　　　　　　　　　　確認医師

　受診日　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師