

産婦人科予診表 裏面もあります

記入日 西暦 20 年 月 日 外国人の方は国籍:

受診する方の氏名 生年月日 年 月 日 歳 職業:

配偶者 (パートナー) 氏名 生年月日 年 月 日 歳 職業:

住所 携帯電話

身長: cm 体重: Kg 本日本体温 °C(患者) °C(その他:)

※不明な場合は測定して下さい。

・本日来院した理由は何ですか ※該当する項目に○をつけ必要事項を記入して下さい。

病院からの紹介受診・癌検診希望

子宮筋腫・子宮腫瘍・卵巣腫瘍・性器出血
生理の異常・おりものの異常・かゆみ・子宮脱
不妊症・妊娠・胎児の異常
その他:

血圧測定用紙貼付

来院時、測定していただきます。

尿蛋白()糖()ケトン()

・生理(月経)について

生理が初めてあったのは? 歳

最後の生理は 年 月 日から始まり 日間続いた。

その前の生理は 年 月 日から始まり 日間続いた。

生理の周期は 日周期 早い時は 日 遅い時は 日 不規則

生理痛は? (ない・普通・辛い・寝込む) 生理の量は? (少ない・普通・多い・とても多い)

鎮痛剤は? (飲まない・時々飲む・毎周期飲む・毎周期連日飲む)

生理が止まった(閉経) 歳は? 歳

・結婚について

結婚は? 未婚・既婚: 歳の時・離婚: 歳の時・再婚: 歳の時・死別
同棲中 年 月から 入籍予定は? (ある:いつ頃?)・ない・未定)

性交渉の経験はありますか? (ある・ない)

※妊娠している方に妊娠の継続や赤ちゃんに配慮した適切な診療を行う為にお伺いします。

現在妊娠していますか(はい・いいえ・妊娠の可能性ある) 妊娠前の体重: Kg

⇒妊娠反応をしましたか? はい: 月 日 結果(陽性・陰性)・いいえ

現在妊娠中⇒予定日: 月 日 出産しますか(はい・いいえ・未定)

分娩場所は(当院・他院・検討中) 育児などのサポートは(なし・あり:どなたが主?)

・妊娠・出産歴について ※妊娠中の方は今回の妊娠を含めた回数を数えて下さい。

妊娠 回 分娩 回 (帝王切開:ない・ある 回)

流産 回 中絶 回 子宮外妊娠 回 胞状奇胎 回

Table with 7 columns: 分娩・流産, 月数, 妊娠分娩経過, 体重, 性別, 場所. It contains 4 rows of data for pregnancy history.

・アレルギーについて(なし・あり：食物・薬剤・動物・植物・ゴム製品・花粉症など)

具体的なアレルギー源 ： 症状

・今までの病気について ※該当項目には○をして詳細を記載して下さい

- ・肝臓 ・腎臓 ・心臓 ・糖尿病 ・高血圧 ・甲状腺 ・自己免疫疾患
・脂質異常症 ・虫垂炎(盲腸) ・喘息 ・結核 ・精神疾患 ・性感染症

年齢	病名	病院名
年齢	病名	病院名
年齢	病名	病院名
年齢	病名	病院名

・手術を受けたことが(ない・ある)

年齢	病名・術式
年齢	病名・術式
年齢	病名・術式

・輸血を受けたことが(ない・ある：年齢と病名)

・服用している薬について(ない・ある)※お薬手帳をお持ちの方は提示してください

例：50歳からバファリン 1回1錠 1日3回

・家族の病気について

家族及び血縁者の方に高血圧の方が(いない・いる：どなたが?)

家族及び血縁者の方に糖尿病の方が(いない・いる：どなたが?)

その他(例：弟がうつ病 叔母が子宮がん)

・生活について

たばこを吸いますか？(はい：1日あたり 本・いいえ・ 年前に禁煙した)

お酒を飲みますか？(飲まない・飲む：1日あたり 本・時々：週に 日)

信仰されている宗教はありますか？(ない・ある：)

視覚障害(なし・あり：眼鏡・コンタクト) 聴覚障害(なし・あり：両方・右・左)

・その他

新型コロナウイルスのワクチン接種について

接種した(1回目 月 日 2回目 月 日)

今後接種する予定(月)

接種していない

医療機関記入

NIPT チェックリスト

____さんの分娩予定日は _____ 年 _____ 月 _____ 日です。

あなたの妊娠 9 週 0 日～妊娠 15 週 6 日は
_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日です。
(妊娠 9 週 0 日以降に検査が可能です)

紹介元 _____

患者さん記入

以下の要件を満たすことが必須となります。
確認の上、チェックをお願いします。

- ご夫婦(妊婦さんとパートナー)2名でのカウンセリングを受けることができる。
- 分娩予定日が決まっていて、初診受診日が妊娠 9 週 0 日以降、妊娠 15 週 6 日以内である。
- 紹介状の持参ができる。(分娩予定日の記入があること)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名 _____

夫(パートナー)署名 _____

電話初診予約ご案内書

年 月 日

紹介元医療機関名

医師氏名

電話初診予約ご利用の患者さんへ

埼玉医科大学病院 予約センター 049-276-1179
受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:00

◆ご来院の際は、下記の太枠内に必要事項を記入の上、上記予約時間の15分前までに本館1階初診窓口にて、「ご来院日にお持ちいただくもの」をお出しください。既に、診察券をお持ちの方も初診窓口にお寄りください。
(初診窓口での外来診療申込書の記載は必要ありません)

◆ご来院日にお持ちいただくもの

- ・本書(ご案内書)・マイナンバーカードもしくは資格確認書・各種公費医療券(お持ちの方のみ)
- ・診療情報提供書(紹介状)・埼玉医科大学病院のIDカード(診察券)(お持ちの方のみ)

◆診療の状況により予定時間より遅れることもあります。予めご了承ください。

◆ご受診当日、本書を忘れた場合は初診窓口前にある外来診療申込書を記載してから初診窓口へ提出し予約があることをお伝え下さい。

◆キャンセルや予約変更は予約センターへご連絡をお願いします。

◆下記の太枠内は患者さんご自身でご記入ください。

埼玉医科大学病院		予 約 日 時			
診療科		年 月 日 ()		時 分 ~ 時 分	
フリガナ		国籍 Nationality	性 別	生年月日 (Date of Birth)	
患者氏名	(氏) Family name (名) First name		<input type="checkbox"/> 男 (M) <input type="checkbox"/> 女 (F)	明・大・昭 平・令	年 月 日
	〒 - (Zip)	電話番号 (Phone No.) 携帯電話 (Mobile Phone No.)			
現住所 (Address in Japan)	都道府県	区市郡	町 村	マンション・アパート名 (号室)	
フリガナ				(Relationship to Patient)	
連絡者 (本人以外)	(氏) Family name (名) First name		続柄	患者の	
	〒 - (Zip)	電話番号 (Phone No.) 携帯電話 (Mobile Phone No.)			
連絡先住所 (Family-address)	都道府県	区市郡	町 村	マンション・アパート名 (号室)	
埼玉医科大学病院受診歴 あり・なし					
ありの方 前回受診日以降に住所等の変更があれば、変更前のものをお知らせ下さい。					
旧姓		旧住所			
		旧TEL			

電話初診予約ご案内書 <記入例>

年 月 日

紹介元医療機関名

貴院情報をご記載ください。

電話で予約を取得した日をご記

医師氏名

電話初診予約ご利用の患者さんへ

埼玉医科大学病院 予約センター 049-276-1179
受付時間 月曜日～土曜日 8:30～17:00

◆ご来院の際は、下記の太枠内に必要事項を記入の上、上記予約時間の15分前までに本館1階初診窓口、「ご来院日にお持ちいただくもの」をお出しください。既に、診察券をお持ちの方も初診窓口にお寄りください。
 (初診窓口での外来診療申込書の記載は必要ありません)

◆ご来院日にお持ちいただくもの

- ・本書(ご案内書) ・マイナンバーカードもしくは資格確認書 ・各種公費医療券(お持ちの方のみ)
- ・診療情報提供書(紹介状) ・埼玉医科大学病院のIDカード(診察券)(お持ちの方のみ)

◆診療の状況により予定時間より遅れることもあります。予めご了承ください。

◆ご受診当日、本書を忘れた場合は初診窓口前にある外来診療申込書を記載してから初診窓口へ提出し予約があることをお伝え下さい。

◆キャンセルや予約変更は予約センターへご連絡をお願いします。

◆下記の太枠内は患者さんご自身でご記入ください。

埼玉医科大学病院		予 約 日 時				
診療科		年	月	日()	時 分～	時 分
診療科をご記載ください。		電話連絡にてご予約を取得された日時をご記載ください。				Date of Birth)
患者氏名	(氏) Family name	(名) First name	Nationanty	<input type="checkbox"/> 男(M) <input type="checkbox"/> 女(F)	明・大・昭 平・令	年 月 日
現住所 (Address in Japan)	〒 -	電話番号 (Phone No.)				
	(Zip)	携帯電話 (Mobile Phone No.)				
フリガナ	患者さんご自身でご記入ください。					名() 号室)
連絡者 (本人以外)	(氏) Family name	(名) First name	続柄	患者の Relationship to Patient)		
連絡先住所 (Family-address)	〒 -	電話番号 (Phone No.)				
	(Zip)	携帯電話 (Mobile Phone No.)				
都道府県		区市郡	町村	マンション・アパート名() 号室)		
埼玉医科大学病院受診歴 あり・なし						
ありの方 前回受診日以降に住所等の変更があれば、変更前のものをお知らせ下さい。						
旧姓	旧住所		旧TEL			