



当院で分娩を希望される方へ

- 【受診に関するご案内】
- ・院内に入られる時は必ずマスクを着用してください。
 - ・新型コロナウイルス感染を疑う症状があれば、検査を実施することがありますのでご了承ください。
 - ・妊婦教室は中止しています。
- 【入院に関するご案内】
- ・入院前は、飲食時以外は常時マスクを着用し、同居家族以外の人との会食を避けるようにしてください。
 - ・立ち会い出産は再開しました。
 - ・入院中のご面会については受診時にご案内します。

※ 予約なく受診されても当日対応できかねますので、あらかじめご了承ください。

※ 予約のことで不明な点は、地域医療連携室までお問い合わせください。

「地域医療連携予約」のご説明

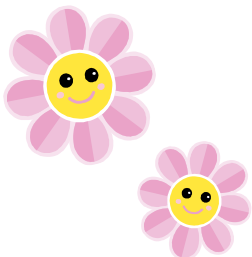
当院はかかりつけの先生からご紹介のFAXをいただくと、外来受診の予約ができます。別紙の「地域医療連携予約申込みのご案内」と「地域医療連携予約申込FAX用紙」を先生にお渡しいただき、予約手続きをご依頼ください。

【予約申し込みについて】

お申し込みの時期：受診時期の1ヶ月前頃に受診予約申込手続きをお願いします。

受診の時期：32週～33週までに

月数	7ヶ月				8ヶ月				9ヶ月	
週数	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
申込				←	→					
受診									←	→



【お問合せ先】

市立三次中央病院

○産婦人科外来

電話 0824-65-0101(代表)

※お急ぎでない場合は

午後、お問合せください

○地域医療連携室

(外来受診のご予約について)

電話 0824-65-0239

FAX 0824-65-0159

かかりつけ医療機関 様へ

市立三次中央病院

地域医療連携予約申込みのご案内

医療機関様からのお申し込みで、外来診察予約をお取りしております。
恐れ入りますが下記の要領でお手続きをお願いいたします。

1. 「地域医療連携予約申込FAX用紙」にご記入いただき、
診療情報提供書・初期検査の結果等と併せてFAXしてください

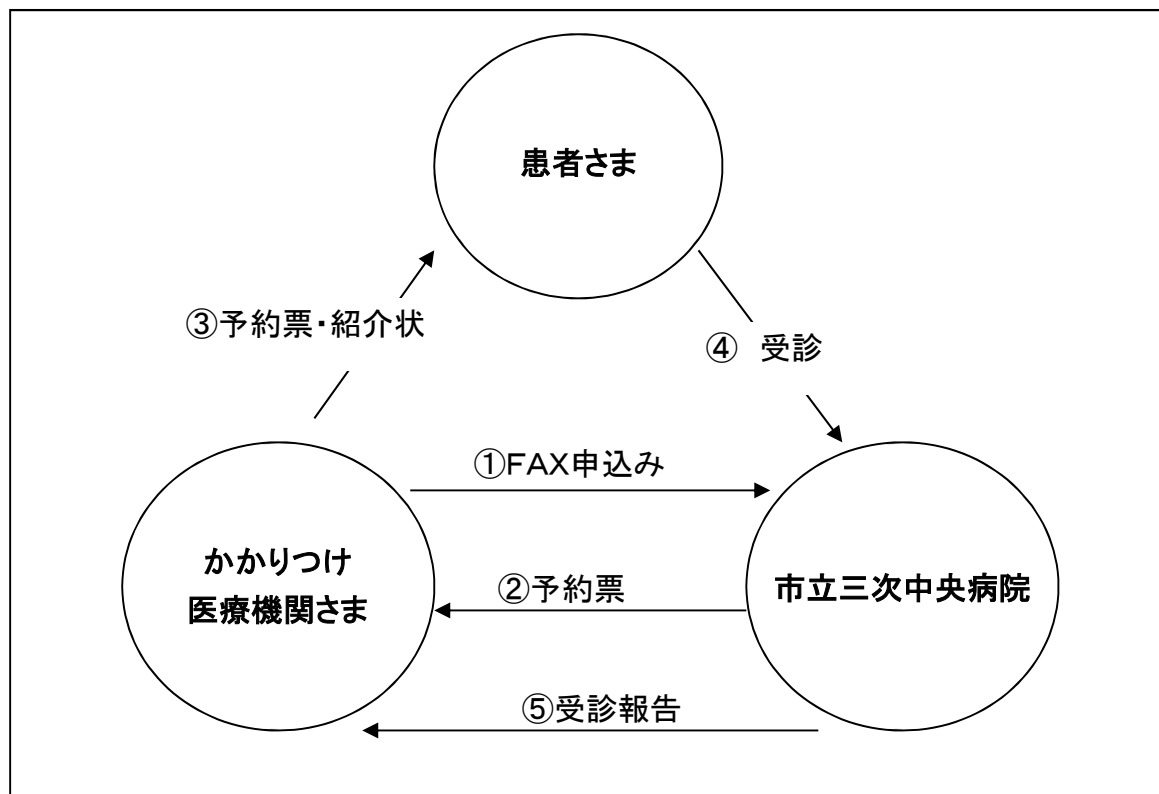
地域医療連携室専用FAX 0824-65-0159

【予約受付時間】 平日 8:30 ~ 17:00

※予約受付時間外でもFAXを送信していただくことは可能ですが
当院からの返信は翌開院日以降の対応となります。

※診療情報提供書の作成が後日になられる場合は、お手数ですが改めて
FAXをお願いいたします。

2. 原則として20分程度で「受診予約票」をFAXで返信いたします
3. 「受診予約票」と診療情報提供書他一式を患者さまにお渡しください



地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな			
患者氏名			女
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	〒		
電話番号	()	-	

移動方法	ストレッチャーで来院されますか? はい ・ いいえ
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 - -

診療科	産婦人科
医師指定 (指定なしの場合は無記入でお願いします)	
受診希望日 (希望なしの場合は無記入でお願いします)	① 月 日 () ② 月 日 ()
紹介目的	分娩および周産期管理 分娩予定日 : 年 月 日 (特記事項)

申込年月日 年 月 日

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、患者様には別途、診療情報提供書をお渡してください。

紹介元医療機関	◎所在地・名称・紹介医師名をご記入ください。
	(電話番号) (FAX 番号)



他院から紹介状を持って受診される方へ



当院受診の際に、ご紹介いただく病院での過去の検査データを元に検査の確認をさせていただいております。

しかしながら、当院に必要な検査項目（例えば血液型など）や不足の検査がありましたら、再度検査をお願いしております。

自費での検査になることもありますが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。



市立三次中央病院

産婦人科外来



基礎問診表

☑該当の項目にチェックしてください。

お名前		記入日	年	月	日		
診察券番号	-	(男・女)	身長	cm		BD:	
受診科	受付番号	歳	体重	kg		P:	
						T:	
						SpO2:	

1 本日病院にこられた症状は何ですか。

具体的症状	症状はいつ頃からですか
	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> ___日前から <input type="checkbox"/> ___週間前から <input type="checkbox"/> ___ヶ月前から

2 かかりつけ医をご記入ください。(ある場合のみ)

3 いままで大きな病気にかかったことがある方は何の病気かご記入ください。

4 手術を受けたことはありますか。

はい -----> 何歳頃ですか(_____ 歳頃)

いいえ 何の手術ですか(_____)

どこで受けられましたか(_____)

5 輸血を受けたことはありますか。

はい -----> 何歳頃ですか(_____ 歳頃)

いいえ

6 現在、治療されている病気がありますか。

はい -----> **どんな病気ですか**

いいえ

7 現在、常用されている薬はありますか。

はい -----> **どんなお薬ですか(お薬手帳やお薬説明書をご提示ください)**

いいえ

8 注射や薬で気分が悪くなったり、発疹がでたりなどのアレルギーを起こしたことがありますか。

はい

いいえ

9 現在、妊娠あるいは、妊娠の可能性がありますか。

はい -----> 予定日はいつですか(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

いいえ

10 お酒、たばこの量はどのくらいですか。

お酒	たばこ
<input type="checkbox"/> 飲む (_____ /1日) <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 焼酎) <input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> はい (_____ 本/1日) <input type="checkbox"/> 喫煙していたが現在は禁煙 (_____ 歳から _____ 歳まで喫煙) <input type="checkbox"/> いいえ

11 過去1ヶ月以内に渡航歴がありますか。また、まわりの方で渡航された方がいますか。

はい -----> どなたが(_____)

いいえ どこへ(_____)

12 家族または血縁の方で、以下の病気の方がおられますか(祖父母、親、兄弟)

高血圧
 糖尿病
 心臓病
 がん
 脳卒中
 結核
 リウマチ膠原病

病院処理欄

※基礎問診票の原本保存を要する場合にチェックのこと →

産婦人科問診票

受診日：令和 年 月 日

お名前： _____

受診券番号： _____

年齢： 歳 _____

1) 本日の受診理由はなんですか？

(複数可)

月経が止まった

妊娠反応陽性 月 日 検査

不正性器出血

お腹が痛い

陰部のかゆみ

子宮がん検診希望

最終子宮がん検診日 (年 月頃)

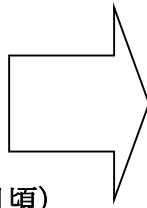
不妊の相談

更年期症状

分娩の希望

その他の理由【 _____ 】

☆その症状はいつからどのような経過ですか



2) 月経についてお答えください

- ・初めての月経は？ (歳)
- ・閉経は何歳の時ですか？ (歳)
- ・最終月経は？ (年 月 日から 日間)
- ・月経周期は？ (日型) または (不順 ~ 日)
- ・月経は何日続きますか？ (日間)
- ・月経量は？ (多い 普通 少ない)
- ・月経時痛み止めを使用しますか？ (はい いいえ)

3) 婚姻関係についてお答えください

- 既婚ですか？ (年 月入籍) 歳の時
- 未婚
- 離婚歴あり
- 入籍予定 (あり なし)
- 同居家族： 夫 子ども () 人
実父 実母 義理父 義理母
その他 ()

4) これまでの妊娠分娩についてお答え下さい

- ・セックスの経験がありますか？ (はい いいえ)
- ・妊娠したことがありますか？ (はい いいえ)
- ・妊娠回数 () 回
- ・出産回数 () 回
- ・流産回数 () 回
- ・中絶回数 () 回
- ・これまでの分娩について

	1子	2子	3子	4子
日付	/ /	/ /	/ /	/ /
週数	週	週	週	週
出生体重	g	g	g	g
分娩方法	経膣 帝王切開	経膣 帝王切開	経膣 帝王切開	経膣 帝王切開
分娩場所				