

京都大学医学部附属病院プレコンセプションケア外来紹介について

プレコンセプションケアとは、女性やカップルを対象とした将来の妊娠のための健康管理を促す取り組みとされています。当院では以下の対象者に対してプレコンセプションケア外来を実施しています。

<対象者>

何らかの基礎疾患を持っている、あるいはこれまでの妊娠・出産経過の中で合併症が生じたことがある女性患者様。妊娠について具体的な予定がなくても構いません。

<目的>

- ① 疾患と妊娠・出産のリスクを正しく患者様に理解してもらう
- ② 予期せぬ妊娠を防ぐ
- ③ 妊娠前に必要な疾患のコントロール（薬剤変更も含む）を行い、より安全な妊娠・出産を目指す

<日時・場所>

日時：毎週金曜日 15 時からの 1 枠（基本は 1 時間）

場所：女性のこころとからだの相談室 外来棟 3 階 3CD 受付へ

<費用>すべて自費診療

・ 11,000 円（税込） / （1 時間） 以降 30 分ごとに +5,500 円

<注意事項>

- ・ 当外来は身体診察や診断をする外来ではなく、カウンセリングのみの外来です。
- ・ 不妊治療の相談は行いません。ご希望があれば当院産婦人科へご紹介ください。
- ・ 継続的な診療を行うものではなく、1 回で完結するカウンセリングです。
- ・ 自費診療となりますので、京大病院の他科入院中の当外来受診は不可能となります。

<医療機関向け紹介の流れ>

- ① 患者様のプレコンセプションケア外来受診の希望を確認してください
- ② 京大病院 HP にある「プレコンセプションケア外来申込書」「紹介状」「外来問診票」を揃えて当院地域医療連携室（FAX 番号：075-751-3115）へ送付してください。申込書の 2 枚目以降は患者様にお渡しください。
「プレコンセプションケア外来問診票」は患者様に記載いただき、回収後に申込書とともに FAX をお願いいたします。
- ③ 受診日程につきましては当院地域医療連携室が直接患者様にご連絡し、調整・決定いたします。紹介状原本と外来問診票原本、画像データや検査結果につきましては、申込書の FAX 送付後、早急に下記住所まで郵送してください。確認事項や追加情報が必要な場合は当院よりご連絡を差し上げることがございますので、あらかじめご了承ください。

【郵送先】

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町 54 京都大学医学部附属病院 地域医療連携室

【プレコンセプションケア外来 申込書】 送信枚数： 枚

京都大学医学部附属病院 女性のこころとからだの相談室 宛

患者情報

フリガナ				実母の名(カナ)※必須	
氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢 歳
電話番号①	()		電話番号②	()	
フリガナ					
住所	〒				

受診希望日 申込日から4週間後以降の金曜日午後3時からの予約でご都合がよい日程を記入してください。

第1希望	年	月	日	(金) 15:00
第2希望	年	月	日	(金) 15:00
第3希望	年	月	日	(金) 15:00

紹介元医療機関 記入欄

医療機関名			
住所	〒		
電話番号		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むけての相談		
	③ その他 ()		

<紹介元医療機関様へ>

- ・患者様には申込書2枚目以降の文書と問診票をお渡しください。
- ・【プレコンセプションケア外来 申込書】と紹介状、患者様が記載済みの【プレコンセプションケア外来問診票】をFAXで送付してください。

FAX 番号：075-751-3115 地域医療連携室

<紹介状に記載していただきたいこと>

- ① 病名 ② 治療経過 ③ 現在の病状、治療、処方について ④今後の見込み ⑤ 妊娠許可できると考えられる貴科の条件 *後日追加で情報提供をお願いすることがあります。

・患者様がプレコンセプションケアを希望される疾患が複数ある場合それぞれに対して紹介状の記載が必要です。病状に関する詳細がない疾患についてはプレコンセプションケアを実施できません。また薬剤と妊娠の関係が知りたい患者様には「妊娠と薬外来」(京都大学医学部附属病院総合周産期母子医療センターHPで案内あり)もご案内ください。

プレコンセプションケア外来を受診される患者様へ

平日に、当院地域連携室の担当者より日程調整のお電話をいたします。申し込みから 10 日以上（土日祝日除く）連絡がない場合には「京都大学医学部附属病院 地域医療連携室」までお問い合わせください。

京都大学医学部附属病院 地域医療連携室 Tel: 075-751-4320

- ① プレコンセプションケア外来にお申し込みいただいても、他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。
- ② 次ページ以降のプレコンセプションケア外来問診票に事前にご記入をお願いいたします。
かかりつけ医より受け取った当院の「プレコンセプションケア外来問診票」をかかりつけ医にお渡しください。予約の申込時に必要となります。

※プレコンセプションケアを希望される疾患それぞれについて紹介状が必要です。かかりつけ病院が複数にまたがる場合はご注意ください。情報提供が間に合わない場合には外来受診日を延期させていただくことがございます。

- ③ プレコンセプションケア外来は自費診療です。
 - ・プレコンセプションケア外来 11,000 円（1 時間）以降 30 分ごとに +5,500 円
 - ・身体診察や検査および診断は行わないカウンセリングのみの外来です。
 - ・京大病院他科入院中の診療はできませんのでご理解ください。
 - ・不妊治療の相談は当院産婦人科へご相談ください。
- ④ 当院には「妊娠と薬外来」もございます。本外来とは別で疾患と妊娠ではなく内服薬との関係について詳しく知りたい場合にはこちらの外来もご考慮ください。詳細は下記にございます。
「京都大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター（産科部門）」
⇒ 外来のご案内 ⇒ 妊娠と薬外来」

- ⑤ 当日受診方法のご案内
 - ・予約時間までに外来棟 1 階の新来受付（外来受付カウンター①番）にお越しください。
 - ・予約確認票をご提出ください。
 - ・上のお子さんの母子手帳がある方はご持参ください。
 - ・お手続き後、外来棟 3 階の 3 CD 受付へお越しください。

プレコンセプションケア外来
 問診票

記入日 西暦_____年____月____日
 以下の質問についてご記入をお願いいたします。

フリガナ

氏名_____ 電話番号_____

身長_____cm 妊娠前体重_____kg

今治療中、もしくはこれまでにかかったことのあるご病気や、以前の妊娠合併症の中で、今回の
 プレコンセプションケア外来でカウンセリングをご希望される病気をすべて記入してください。
 また、どんなことが気になっているか具体的に記入をお願いいたします。かかりつけの病院名も
 記載をお願いいたします。こちらに記入いただいた内容を元にカウンセリングを行います。

病名/病院名	気になっていること、心配なことなど
例：高血圧症 〇〇病院	今血圧を下げる薬を飲んでいるけど、妊娠したら薬はやめるものなのか。赤ちゃんにど ういう影響があるのか。

枠が足りない場合には次ページの最後の〔 〕内にご記載ください

【これまでの妊娠・出産について】

妊娠____回,分娩____回,自然流産____回(流産手術____回) ,中絶____回,異所性妊娠____回

分娩日(分娩時年齢)	分娩週数	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・ 無痛・帝王切開		g	生・死		
西暦 年 月(歳)	週	正常・吸引・ 無痛・帝王切開		g	生・死		
西暦 年 月(歳)	週	正常・吸引・ 無痛・帝王切開		g	生・死		

最初に記載している疾患以外がございましたら記載してください。ある場合には病名、病院名、治療内容について記載をお願いします。

☐なし ☐あり(歳)
 (歳)
 (歳)

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

糖尿病 高血圧 がん 静脈血栓塞栓症 喘息 遺伝性疾患 精神疾患 腎臓・肝臓の病気など
☐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）

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

☐なし
☐薬物
☐食品
 ☐その他

喫煙：本人 ☐吸わない ☐吸っているもしくは以前吸っていた（ ____歳から ____本/日× ____年）
 パートナー ☐吸わない ☐吸っている

飲酒：本人 ☐飲まない ☐機会飲酒 ☐ほぼ毎日飲む（酒の種類 ____、 ____ml/日）

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

☐すぐに妊娠したい ☐1年以内ぐらいに妊娠したい ☐まだ妊娠予定はない

$$[\hspace{10cm}]$$

以上となります。ご協力ありがとうございました。