

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
自由診療「女性ウェルネス外来」
受診を検討されている方へのご説明
(説明書・同意書)

一人ひとりの女性が、自らの身体のしくみを理解し、
人生の各ライフステージにおいて健康を育み、
自律的に歩いていくことを
医療の立場から支援する自由診療外来です

この書類は、京都大学医学部附属病院女性ウェルネス外来の受診
を検討されている方に、本外来の

- 目的
- 内容と特徴
- 診察料・検査料
- 診察申し込み・予約・受診の流れ

などをご説明するものです

(全14頁)

ご理解のうえ受診を希望される場合は、本書類**9～10頁の同意書**

【様式1-1、1-2】にご署名をいただきます

(ご提出は診察の直前でも構いません)

ご注意：当院の保険診療と同日に本外来を受診することはできません

(全額「私費」扱いになります)

I. 本外来のご説明

1. 本外来の目的

女性ウェルネス外来は、女性一人ひとりがライフステージやホルモン環境の変化を正しく理解し、ご自身の健康を主体的に管理できるよう支援することを目的とした自由診療外来です。

医学的知見に基づき、現在の症状だけではなく、その背景にある身体・心理・生活習慣・ライフステージを総合的に理解し、健康の維持・増進および生活の質（QOL）の向上を目指します。

一般的に保険診療は病気を診断し治療することを目的にしていますが、本外来では、病気の治療よりも、「健康の土台づくり」「健康の土台の建て直し」を重視します。

2. 本外来で行うこと

本外来では、患者さん一人ひとりの状況に応じて、完全予約制にて、次のような診療を行います。

- ・ 十分な問診、お話の傾聴
- ・ 身体・心理・生活背景・ライフステージを含めた総合的な評価
- ・ ライフステージやホルモン環境の変化について、医学的根拠に基づいた説明
- ・ 個々の体質や健康状態（コンディション）を踏まえた健康教育
- ・ 睡眠・栄養・運動・ストレスマネジメントなど、健康の土台づくりに関する助言
- ・ セルフケアおよび自律的健康管理を支援するためのカウンセリング
- ・ 必要に応じて、保険診療や専門医療機関への受診を提案

本外来では、「更年期」「PMS（月経前症候群）」などの用語を曖昧な概念として用いることはありません。症状や経過、ホルモン環境、ライフステージ、医学的評価を踏まえ、それぞれの状態について丁寧に説明します。

3. 主な対象

「検査結果は正常だが、つらい」

「診断された病気の治療は受けているが、元気にはなれていない」

「どこに相談すればよいかわからない」

そのような方々の受け皿になりたいと考えています。

具体的には、次のような方が対象になります。

- ・ 月経関連の不調、出産後の不調、更年期の不調
- ・ 複合的な要因による疲労感、不安・抑うつ、睡眠障害

女性ウェルネス外来 説明書・同意書 ver. 1.1 | 最終改訂：2026年10月15日

- ・ 将来の健康に不安があり、現在から健康管理に取り組みたい
- ・ タンパク質や鉄、亜鉛、ビタミンDなどの栄養状態が関係すると思われる不調

※未成年者も受診の対象に含まれます（お支払いに関する同意については「8. 付き添いや代理受診、未成年者の受診について」をご参照ください）。

4. 診察体制（時間・診察料）

◇ 初診：50分 【25,080円（税込み）】

◇ 再診：15分 【 5,720円（税込み）】

※再診では複数枠の予約も可能です 例） 2枠30分・・・11,440円
3枠45分・・・17,160円

※本外来を受診したことがある方は、前回の診察から6ヵ月以上経過していても「再診」枠で予約できます。

5. 私費による検査

本外来では、病気の診断を主たる目的とするのではなく、生体機能を理解し健康の維持・増進やコンディションの最適化に役立てることを目的として、私費による検査（7～8頁参照）をご希望に応じてご案内することがあります。

検査の選択肢とそれぞれの意義をご説明することも本外来診療の一部ですが、検査を受けるかどうかは患者さんご自身の自由な意思によって決めていただきます。

検査を受けないことによって、本外来での診療が制限されることはありません。

6. 本外来で行わないこと

本外来では、次の内容は行いません。

- ・ 疾患の診断を主たる目的とした診察や検査
- ・ 緊急性の高い病態への対応
- ・ 救急医療・入院医療
- ・ 保険診療で実施すべき検査や治療
- ・ 薬剤の処方
- ・ 注射・処置
- ・ 診断書、傷病手当金、保険請求等を目的とした診療
- ・ 治療効果や症状改善を保証すること

女性ウェルネス外来 説明書・同意書 ver. 1.1 | 最終改訂：2026年10月15日

※薬物療法やその他の保険診療による治療が必要と判断された場合には、当院または適切な医療機関において保険診療を受けていただくことをお勧めします。

※お願い：緊急性や診断の必要がある病態には対応できません

強い痛み（頭痛、胸痛、腹痛）、強いめまい、呼吸困難、意識障害、けいれん発作、大量出血、症状の急激な悪化など、緊急性の高い病状や診断の必要性がある場合は、本外来ではなく、かかりつけ医や救急医療機関を受診してください。

7. 自由診療であること

本外来は健康保険や各種医療費補助制度の適用を受けない自由診療です。

本外来の目的と内容、料金についてご理解いただいたということを「同意書」9～10頁【様式1-1、1-2】に記していただいたうえで受診していただきます。やむを得ずご本人自身が同意書に署名できない場合は、ご本人の生活を良く知る代理の方にご署名いただくことも可能です。

未成年者が受診される場合には、自由診療契約およびお支払いへの同意として、代諾者の署名が必要です。

8. 付き添いや代理受診、未成年者の受診について

年齢を問わず、原則として、ご本人と担当医が1対1で対話をします。付き添いの方に同席していただくかどうかは、ご本人の意思に基づいて決めていただきます。ご希望があれば、ご家族など付き添いの方に同席していただくことも可能です。

また、やむを得ずご本人が来院できない場合に、ご本人の同意の上で代理者が受診することもできます。その際は、ご本人による同意書への署名が必要です。カルテ登録もご本人のもので行います。

未成年者も診察対象に含まれます。診察自体は他の患者さんと同様、ご本人の意思を最優先としますので、保護者の同席は必須ではありません（ご本人が同席を希望される場合は、もちろん同席いただけます）。

9. 紹介状は必須ではありません

本外来の内容をご理解いただいたうえで、紹介状がなくても、ご本人から直接、受診をお申し込みいただけます。

ご本人の病状や病歴をよくご存じの医師から診療情報提供書をいただければ、それも参考にさせていただきます。

II. 初回の診察申し込み・日時予約

次のいずれかの方法で診察申し込みと日時予約をお願いします

方法1 患者さんご本人による直接予約

京都大学病院を受診したことがある（診察券IDをお持ちの）方

次のいずれかの方法で予約してください

- ・外来棟1階 ①番窓口（診療予約受付）
- ・患者さん専用ナビダイヤル（0570-030-311）☎「診療予約に関すること」

京都大学病院の受診が初めての（診察券IDをお持ちでない）方

次のいずれかの方法で診察券IDを作成して予約してください

- ・京都大学病院に来院の上、外来棟1階 ①番窓口（診療予約受付）
- ・地域医療連携室にFAXもしくは郵送による申し込み：
「本人による診察申し込み&診察番号発番申請書」13頁【様式3】に
必要事項をご記入ください

方法2 京大病院の診療科からの依頼・紹介

京都大学病院の診療科の通院中の方は、その担当医が「他科依頼」の手続きをすることもできます。その場合は、患者さんは担当医から渡された「他科依頼書」をもって、外来棟1階 ①番窓口（診療予約受付）で予約してください。

※担当医を介さず、ご本人が方法1で予約しても結構です

方法3 他の医療機関からの依頼・紹介

かかりつけ医などの医療機関が地域医療連携室に「医療機関専用 患者登録票」14頁【様式4】をFAXすると、予約がとれた日時を地域医療連携室がその医療機関に連絡します。

※本外来は「Web診療予約システム・SAKU洛連携」では予約できません。

地域医療連携室

FAX(専用) 075-751-3115 （24時間受信）
TEL(専用) 075-751-4320 （9:00～19:30）

患者さん専用ナビダイヤル

TEL(専用) 0570-030-311 （9:00～17:00）

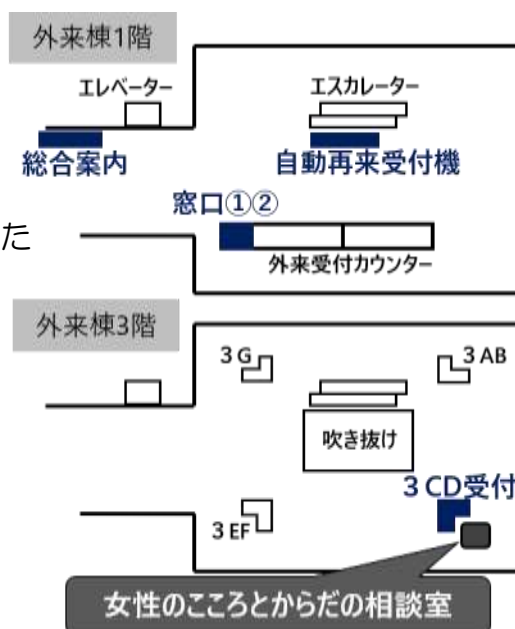
※いずれも、土日・祝日、年末年始（12/29～1/3）を除きます。

Ⅲ. 診察の流れ

1. 診察当日の流れ

初診当日は、診察前に同意書をかならず3CD受付に提出してください

- ① 外来棟1階自動再来受付機もしくは患者案内アプリで受付をしてください
〔診察券をお持ちでない方は②番窓口（新来受付）に、
20分前までにお越しください〕
- ② 予約時刻10分前には、3CDコーナーでお待ちください
- ③ 初診の診察前には、同意書「患者さん控【様式1-1】9頁」と「医療機関控【様式1-2】10頁」を合わせて3CD受付にかならずご提出ください
- ④ 初診の診察前には、問診票A・B
【様式2-1・2-2】11～12頁を3CD受付
にご提出ください（受診する方全員が対象で
すが、提出自体は任意です）
- ⑤ 呼び出し機か患者案内アプリの合図があった
ら「女性のこころとからだの相談室」に
お入りください
- ⑥ 各種検査の説明や提案は、診察時間内に
担当医師が行います。質問は担当医師にして
ください。検査を受ける方は医師の指示に
したがってください。
- ⑦ 診察終了後は会計・精算をお願いします。



2. 再診の予約方法

次のいずれかの方法で予約ができます

- ・診察時間内に、担当医と相談する
- ・外来棟1階 ①番窓口（診療予約受付）
- ・患者さん専用ナビダイヤル（0570-030-311）☎「診療予約に関すること」

3. 予約の変更・キャンセル

患者さん専用ナビダイヤル（0570-030-311）または外来棟1階 ①番窓口（診療予約受付）にてお願いします。

※当日のキャンセルや遅刻については3CD受付（075-751-3712）にお電話ください。

遅刻された場合は診察時間が短くなることがあります。また、大幅に遅刻された場合は、当日の診察をお受けいただけないことがあります。

Ⅳ. 検査料

(すべて税込み価格)

血液検査

血液検査セット	税込み価格	内容
① 心身ケア・スタンダード	12,870円	十分な健康診断項目に加えて、鉄・亜鉛・ビタミンDなどの主要な栄養素の充足状態をチェックします
② 心身ケア・ミニマム	8,360円	コンパクトな健康診断項目と鉄の充足状態をチェックします
③ 鉄動態	6,930円	フェリチンなど、鉄の充足状態に焦点をあてたセットです 健康診断項目を省略しています (他診療科で定期的な検査をしている方などに適しています)
④ 亜鉛・銅	3,740円	亜鉛と銅のみ (亜鉛補充は銅代謝に影響するので、 両方のチェックが望ましいです)
⑤ ビタミンD	3,410円	25(OH)ビタミンDのみ (天然型ビタミンDの栄養指標)
⑥ ヘモグロビンA1c	2,420円	過去1～2か月の血糖値の平均を反映する指標です。 ※基本的には心身ケア①または②と組み合わせて評価します
⑦ 更年期ホルモン	5,060円	エストラジオール (E2)、卵胞刺激ホルモン (FSH)
⑧ 甲状腺系ホルモン	5,830円	TSH、free T4、free T3
⑨ 月経不順ホルモン	10,230円	エストラジオール (E2)、プロゲステロン、テストステロン、 プロラクチン (PRL)、黄体形成ホルモン (LH)、卵胞刺激 ホルモン (FSH)
⑩ 骨代謝チェック	7,920円	血中Ca、骨代謝マーカー (TRACP-5b、Total P1NP)、 尿中Ca、尿中クレアチニン
⑪ 関節痛チェック	7,040円	血沈、RF、抗CCP抗体、抗核抗体 [FA] ※心身ケア①または②と組み合わせて評価します
⑫ 抗ミューラー管ホルモン (AMH)	8,690円	卵巣予備能 (卵巣に残っている卵胞数の目安) を評価します

ミネラル&有害金属 検査

オリゴスキャン®	18,810円	手のひらに機械を当てて組織内ミネラルを測定します
----------	---------	--------------------------

骨密度検査

骨密度検査 (DEXA法)	4,950円	大腿骨頸部、腰椎2-4の2か所をX線撮影します
---------------	--------	-------------------------

血液検査項目の詳細（心身ケア・栄養評価セット）

検査項目	①心身ケア スタンダード 12,870円	②心身ケア ミニマム 8,360円	③鉄動態 6,930円	④亜鉛・銅 3,740円	⑤ビタミンD 3,410円
末梢血一般検査	○	○	○		
末梢血液像	○				
網赤血球数	○		○		
CRP	○	○	○		
フェリチン	○	○	○		
Fe	○	○	○		
UIBC	○	○	○		
AST	○	○			
ALT	○	○			
LD	○	○			
ALP	○	○			
γGTP	○	○			
TP	○				
ALB	○	○			
CRE	○	○			
UA（尿酸）	○				
UN（尿素窒素）	○	○			
血糖	○				
HDL-コレステロール	○	○			
LDL-コレステロール	○	○			
中性脂肪	○	○			
Na	○				
K	○				
Cl	○				
Mg（マグネシウム）	○				
Ca（カルシウム）	○				
IP（無機リン）	○				
Zn（亜鉛）	○			○	
Cu（銅）	○			○	
25(OH)ビタミンD	○				○

オリゴスキャン®

手のひらの4か所にスキャナーを当てて、体内の必須・参考ミネラル21項目、有害重金属16項目を短時間で測定する検査です。
非侵襲的で痛みはなく、約3分で体内のミネラルバランスや有害金属の蓄積状態の参考になるデータが得られます。



様式1-1 同意書【患者さん控え】

受診される方全員対象

患者氏名：

フリガナ：

ID：

自由診療「女性ウェルネス外来」同意書

京都大学医学部附属病院

病 院 長 殿

私は、女性ウェルネス外来の説明書を読み、以下の内容（2～4頁に記載）を理解した上で、この自由診療を受けること、ならびに
本外来に定められた自由診療料金を貴院の請求に従い支払うことに同意します。

1. 本外来の目的
2. 本外来で行うこと
3. 主な対象
4. 診察体制（時間・診察料）
5. 私費による検査
6. 本外来で行わないこと
7. 自由診療であること
8. 付き添いや代理受診、未成年者の受診について

初診：50分 25,080円
再診：15分につき 5,720円
〔税込み〕

<同意者>

同意年月日 年 月 日

患者氏名（署名） _____

（未成年者の場合／患者が自署できない場合の代諾者）

氏名（署名） _____（続柄） _____

（担当医等記入欄）

私は上記内容について文書にて説明し、診察に際して同意を確認しました。

_____年 月 日

職種 _____ 氏名 _____

様式1-2 同意書【医療機関控え】

受診される方全員対象

患者氏名：
フリガナ：
ID：

自由診療「女性ウェルネス外来」同意書

京都大学医学部附属病院
病 院 長 殿

私は、女性ウェルネス外来の説明書を読み、以下の内容（2～4頁に記載）を理解した上で、この自由診療を受けること、ならびに
本外来に定められた自由診療料金を貴院の請求に従い支払うことに同意します。

1. 本外来の目的
2. 本外来で行うこと
3. 主な対象
4. 診察体制（時間・診察料）
5. 私費による検査
6. 本外来で行わないこと
7. 自由診療であること
8. 付き添いや代理受診、未成年者の受診について

初診：50分 25,080円
再診：15分につき 5,720円
〔税込み〕

<同意者>

同意年月日 年 月 日

患者氏名（署名）

（未成年者の場合／患者が自署できない場合の代諾者）

氏名（署名） （続柄）

（担当医等記入欄）

私は上記内容について文書にて説明し、診察に際して同意を確認しました。

年 月 日

職種 氏名

様式2-1 問診票 A

受診される方全員対象

患者氏名：

フリガナ：

ID：

ご無理なく書ける範囲でお書きください。
書きにくいところは空欄でも構いません。

相談したいこと・知りたいこと など

現在の状況

こころ

からだ

生活

(家事・仕事・学業・対人関係など)

困っていること、悩んでいること

何とかなっていること、うまくいっていること

過去のことで引っかかっていること、未来のことで不安なこと

いつごろ（までに）

どうなりたいか、何を望んでいるか

女性ウェルネス外来で希望する／興味のある私費検査（検査をするかしないかは、診察時に説明の上で決めます）

血液検査（栄養関連、ホルモン関連、骨代謝関連、その他）・オリゴスキャン[®]・骨密度検査

様式2-2 問診票 B

受診される方全員対象

患者氏名：

フリガナ：

ID：

生活の背景や過去・現在のご病気・治療などを差し支えない範囲で書いてください。書きにくい部分は書かなくても結構です。

仕事・役割

収入をともなう仕事

職種・内容

就労形態（当てはまるものに☑してください）

- ☐ 常勤、正規雇用 ☐ 自営
☐ 派遣社員、パート ☐ アルバイト
☐ その他：

収入をともなわない仕事・役割（当てはまるものに☑してください。複数選択可。）

家庭・家族生活

- ☐ 家事
☐ 育児（☐乳幼児、☐小学生、☐中高生、☐それ以上）
☐ 家族の病気・障がいのケア、お世話
☐ 介護
☐ その他：

地域・サークル・ボランティア活動など

例）・PTA役員、町内会役員、サークル活動の会計係 など
・SNS発信 など

家業（自営業・農業など）のお手伝い

☐ なし ☐ あり

その内容：

ご自身の病気・障がい

過去に経験したもののから現在のものまで（治療中・経過観察・リハビリ中） ※使用薬剤も分かる範囲でご記載ください

ご家族・パートナーや血縁関係の方の病気・障がい

血縁関係：遺伝的素因の参考になります

ご家族・パートナー：あなたの生活への影響の参考になります

生活習慣

喫煙 ☐ なし ☐ あり ☐ 現在は無いが過去にはある飲酒 ☐ なし ☐ 機会があるとき/お付き合い程度 ☐ ほぼ毎日

食習慣について意識していること、自分で気付いていること

運動習慣について意識していること、自分で気付いていること

様式3 本人による診察申し込み&診療番号（診察券ID）発番申請書

京都大学病院の受診が初めての（診察券IDをお持ちでない）方が
ご自身で直接予約をする場合

以下の表に必要な事項を記入し、地域医療連携室にFAXもしくは郵送してください
（現時点ではEメールでは対応していません。ご了承ください。）

FAX番号 075-751-3115

電話番号 075-751-4320（平日9:00～19:30）

住所 〒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

本説明書に記載された女性ウェルネス外来の内容を理解し、
自由診療料金として定められた金額を支払うことに同意の上で、診察を申し込みます。

記入年月日 年 月 日

患 者 情 報	フリガナ		性 別		
	氏名		男 女		
	生年月日・年齢	（ 明 大 昭 平 令 西 暦 ） 年 月 日 生 歳 ）			
	住 所	〒			
	電話番号	FAX番号			
初 診 希 望 日	診察日は月曜日と金曜日（祝日を除く） 曜日は将来変更される可能性があります				
	第1希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・11時～ 時刻はいずれかを○で囲んでください	
	第2希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・11時～	
	第3希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・11時～	
	第4希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・11時～	

※申込者が上記患者本人ではない場合は、以下にもご記入ください。

申込者氏名・フリガナ 本人との続柄（ ）
申込者ご連絡先電話番号 FAX番号
住所：〒

病院事務記載欄

確定事項

診察券番号： - -

初診予約 ： 年 月 日（ ）曜日 時～

医療機関からのご紹介で診療申し込みをする場合

以下の表に必要事項を記入し、地域医療連携室にFAXしてください

FAX番号 075-751-3115

紹介専用電話番号 075-751-4320（平日9:00～19:30）

返答待ち状況
患者さんは現在〔 貴院で待機中 ・ 帰宅後 〕

記入年月日 年 月 日

患者情報	フリガナ		性別			
	氏名		男 女			
	生年月日・年齢		(明 大 昭 平 令 西 暦) 年 月 日生 歳)			
	住 所		〒			
	電話番号					
医療機関情報	貴医療機関名		診療科			
	医師名		送信者			
	貴院電話番号		貴院FAX番号			
	貴院ご住所 〒					
	相談内容・紹介目的（ご記入は任意、診療情報提供書は必須ではありません）					
初診希望日	診察日は月曜日と金曜日（祝日を除く） 曜日は将来変更される可能性があります					
	第1希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・ 11時～ 時刻はいずれかを○で囲んでください		
	第2希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・ 11時～		
	第3希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・ 11時～		
	第4希望	月	日（ ）	曜日：10時～ ・ 11時～		

◎FAX受診後、予約が取れ次第「予約確認票」をFAX送信しますので、患者さんに連絡をお願いします。
◎申し込み当日の予約はお取りできません。また16:30以降は翌診療日の予約はお取りできません。

病院事務記載欄

確定事項

診察券番号： - -
初診予約： 年 月 日（ ）曜日 時～