



セミオープンシステムについて

**妊婦健診はお近くの診療所やクリニックで、
出産は、ハイリスク管理に強く他の診療科の受診も可能な
東京女子医科大学附属 足立医療センターで！！**

【セミオープンシステムの流れ】

1. 妊婦健診は、かかりつけの産婦人科をご受診ください。
2. 妊娠 20 週頃に、当院の産婦人科外来をご受診ください。
(初回予約は、かかりつけの産婦人科よりお取りいたします)
 - * 【(初回受診時)持参するもの】
 - 予約票(足立医療センター) ○かかりつけの産婦人科で行った検査結果コピー
 - 当院所定の「セミオープンシステム診療情報提供書 (20 週)」
 - 「妊婦さん用情報用紙」○母子手帳 ○保険証(医療証) ○妊婦健診補助券
 - 当院診察券 (お持ちの方)
 - * 糖負荷試験で精密検査が必要な場合は、当院で診察・検査を受けていただく事もあります。
 - * 産科医療保障制度の登録は、当院でお願いします。
3. (初回受診)以降、夜間・休日に異常を生じた場合は当院で対応いたします。
 - * 『セミオープンで受診あり』とお伝えください。
4. 34 週以降は、当院で妊婦健診・出産となります。
 - * 【(34 週の受診時) 持参するもの】
 - 予約票 (足立医療センター) ○かかりつけの産婦人科で行った検査結果コピー
 - 当院所定の「セミオープンシステム診療情報提供書」(34 週)、○母子手帳
 - 保険証(医療証) ○妊婦健診補助券 ○診察券
 - * 診察後、入退院受付で分娩予約を承ります。
(入院手続きの際に提出いただく書類をお渡しいたします)
 - * 妊娠 36 週頃の妊婦健診の際に、分娩予納金をお納めいただいております。
5. 出産後 1 か月健診から、かかりつけの産婦人科をご受診いただけます。

地域との連携システムを御活用ください！

東京女子医科大学足立医療センター

TEL03-3857-0111（代表）ガイダンス 4～ 産婦人科外来





セミオープンシステムについて

【セミオープンシステムの流れ】

I. 妊娠初期～・・・妊娠の確定並びに予定日の判明は貴院にて行っていただきます。

20 週頃に東京女子医科大学附属足立医療センター産婦人科外来を受診していただきます。

◆予約センターで、水曜・土曜を除く午後の枠でお受けいたしております。

予約センター直通 TEL03-5647-8288（平日：9:00～16:30、土曜日：9:00～12:30）

※第3土曜日・祝日・年末年始（12/30～1/4・創立記念日 12/5）除く

★初回受診日にお持ちいただきたいもの

当院所定の「セミオープンシステム診療情報提供書（20 週）」、妊婦さん用情報用紙、
母子手帳、保険証（マイナンバーカード）、妊婦健診補助券、当院診察券（お持ちの方）

★妊娠初期に行っていただきたい検査

・甲状腺（TSH/FT3/FT4）、APTT、トキソプラズマ抗体、血液型（34 週以降再検査致します）、
血算、血糖、風疹抗体価、HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体、梅毒、不規則抗体、クラミジア
（PCR 検査）、HTLV-1、子宮頸部細胞診

II. 20 週・・・当院で妊婦健診及び経腹超音波検査も行い、妊婦さんと胎児の状況を確認いたします。

34 週以降の当院産婦人科外来の予約を取っていただき帰宅します。

III. 34 週～・・・当院産婦人科外来予約日に来院いただき、妊婦健診/出産まで管理させていただきます。

★34 週予約日にお持ちいただきたいもの

・当院産婦人科外来にてお渡しした予約票、貴院で行った検査結果のコピー
当院所定の「セミオープンシステムにおける診療情報提供書（34 週）」、母子手帳、
保険証（マイナンバーカード）、妊婦健診補助券、診察券

★妊娠中期に行っていただきたい検査

・50 g OGTT、75 g OGTT（50 g OGTT にて異常値の場合、75 g OGTT 検査をお願い
いたします。対応が難しい場合は当院にて検査いたしますのでご連絡ください。）

★妊娠 36 週頃の妊婦健診の際に、分娩予納金をお納めいただいております。

★産後 1 か月健診・・・貴院へ戻っていただくことが可能です。

★産科医療保障制度の申し込みは当院にて行うようお願いください。

ご不明な点は産婦人科外来までお問い合わせください。
03-3857-0111（代表）ガイダンス 4～ 産婦人科外来へ
とお申し付けください。





☆ご記入の上、妊娠 20 週までに、産婦人科外来スタッフに渡して下さい☆

診察券番号(7 ケタ)

出産予定日

年

月

日

氏名：

年齢：

才

夫（パートナーの年齢）

才

身長：

cm

妊娠前の体重：

kg

職業：現在：

過去：

宗教： なし ・ あり（宗教：

ありの方：妊娠・出産・育児において、宗教上の決まりごとはありますか？

例：輸血ができない、日本の粉ミルクをあげられない、食べてはいけない食べ物がある等
具体的に記入して下さい

(

連絡先：※連絡先が付きやすいところから記入して下さい（①はご自身の連絡先をご記入下さい）

① (続柄：本人

② (続柄： 氏名：

③ (続柄： 氏名：

既往歴：今までかかったことのある病気・年齢を記入して下さい

(なし ・ あり)

疾患名：①

年齢：

才

②

年齢：

才

③

年齢：

才

喘息：(なし ・ あり) 最終発作

才

継続して内服している薬はありますか (なし ・ あり)

ありの方：薬剤名 (

今までに気持ちが落ち込んだり不安が強くなり、病院に受診した事や内服した事があれば記入して下さい

(なし ・ あり)

輸血歴： なし ・ あり

妊娠歴・分娩歴：

結婚（ 才）・未婚・離婚（ 才）・再婚（ 才）
妊娠 回　正常分娩 回、帝王切開 回、人工妊娠中絶 回、
 自然流産 回、その他（内容： ）
不妊治療（ なし ・ あり ）（治療内容： ）
（治療開始年齢： 才）

出産時の

あなたの年齢 お子さんの性別 出生時週数 お子さんの体重 お産の方法(経膣、鉗子、吸引、帝王切開)

才	男・女	週	g	
才	男・女	週	g	
才	男・女	週	g	
才	男・女	週	g	

アレルギー： 食品： なし ・ あり （種類

薬品： なし ・ あり （薬品名

テープ（病院で採血後、貼ったテープで赤みやかゆみがでた）：

なし ・ あり

アルコール（病院で採血した際、消毒で赤みやかゆみがでた）：

なし ・ あり

花粉症： なし ・ あり （種類

その他（金属アレルギーやハウスダスト等）：

なし ・ あり (種類)

家族関係：家事をする人（ ）

生計者とその職業 (生計者: 職業:)

一番頼りにしている人（ ）

退院後手伝ってくれる人（ ）

同居家族 ()

現在自分の家族やパートナー・夫の家族で病気の方はいいますか？

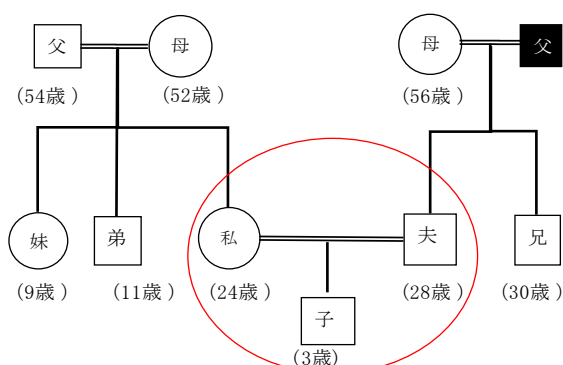
本人との続柄：

病名：



家族関係を図で記入をお願いします

例)



○：女
□：男
黒塗り：他界
二重線：婚姻関係
赤丸で同居家族を囲んで下さい

【飲酒】 妊娠前 (なし ・ あり) 妊娠中 (なし ・ あり)
飲酒歴有の方⇒ 飲酒開始年齢 (才)
 飲酒量 (ml)
 飲酒頻度 (回/日・週)
夫 (パートナー) : (なし ・ あり)

【喫煙】 妊娠前 (なし ・ あり) 妊娠中 (なし ・ あり)
喫煙歴ありの方⇒ 喫煙開始年齢 (才)
 喫煙本数 (本/日)
夫 (パートナー) : (なし ・ あり)
喫煙歴ありの方⇒ 喫煙開始年齢 (才)
 喫煙本数 (本/日)

【睡眠時間】
8 時間以上 6-8 時間 4-6 時間 4 時間以内

【排便回数】
毎日 2-3 日に一回 3-5 日に一回 1 週間に一回

【食事】
食事回数： 回/日 規則 ・ 不規則
主食について
内容： ご飯 パン 麺 その他 ()
量： ()

外食の習慣について： なし ・ あり
内容： () 頻度： ()

食事で気を付けていることについて なし ・ あり
内容： ()

偏食について なし ・ あり
内容： ()



【一日の過ごし方】

普段の過ごし方について教えてください 上側に時間・下側に内容を例に沿って記載してください
例)

6:00	7:00	9:00	12:30	17:30	18:30	23:00
起床	朝食	通勤 仕事	昼食	帰宅	夕食	家事 入浴

【住居】

マンション 戸建て その他（ ）

【補助】

眼鏡 コンタクト 補聴器 その他（ ）

【性格】

心配性 真面目 依存的 積極的 おとなしい 几帳面 消極的
楽観的 明るい ほがらか 活発 ポジティブ 行動的 のんびり屋
神経質 他人に気をつかう 短気 内向的 その他（ ）

【ストレス】

ストレスや困ったことが起きた時は今までどのように対処をしていますか？
対処法：（ ）

【入院について】

入院に関して何かご心配な点やご不安に思うことはありますか？
（ ）

東京女子医科大学附属足立医療センター 産婦人科





産婦人科病棟には、全身の弱っている患者様や妊婦の方、生まれたばかりの新生児が入院しています。特に抵抗力の弱い新生児、胎児が感染症にかかりますと重篤になる場合があります。そのため、発熱、発疹、咳などの感染症状のある方のご面会もご遠慮いただきますようお願いいたします。

また新生児に影響を与える下記の疾患について、ご家族の状況をお知らせ下さい。ご入院中の皆様と赤ちゃんの健康を守るためにご協力をお願いいたします。

次の病気にかかったことはありますか？

①本人

風疹（三日はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
麻疹（はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
水痘（水ぼうそう）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
おたふくかぜ	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明

②夫

風疹（三日はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
麻疹（はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
水痘（水ぼうそう）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
おたふくかぜ	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明

③第一子（ 歳）

風疹（三日はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
麻疹（はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
水痘（水ぼうそう）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
おたふくかぜ	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明

④第二子（ 歳）

風疹（三日はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
麻疹（はしか）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
水痘（水ぼうそう）	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明
おたふくかぜ	：	はい	いいえ	予防接種を受けた	不明

※第三子以上お子様がいらっしゃる方は、余白にご記入ください

東京女子医科大学附属足立医療センター
産婦人科病棟

