

# 里帰り・転院 分娩予約シート \* webにて \*

## ■ 患者様にお願い ■

- ① 一度お電話で予約がとれるかどうか確認してからご記入下さい
- ② 妊娠12週頃に1度受診してください ※その際に検査結果のみ持参してください、紹介状は不要です  
(こちらに完全に移られる際に紹介状を持参してください)
- ③ 妊娠経過によっては当院から大学病院へ紹介する場合があります、ご了承ください
- ④ これ以降、分娩医療機関を他院に変更する場合は速やかに当院に連絡をしてください
- ⑤ 下記の項目を全て記入できましたらこちらを当院にFAXでお送りください(FAX番号 088-653-1282)

申し込み日	平成 年 月 日 ( )		
ふりがな 名前			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
現住所	〒		
TEL	( ) - -		
実家住所	〒		
実家TEL	( ) - - 実家の名字( ) 携帯番号の場合は続柄( )		
妊娠歴・分娩歴	妊娠   回	分娩   回	流産や中絶 他…   回
分娩予定日	平成 年 月 日		
現在かかっている 医療機関名			
特記事項  ※アレルギーや既往歴 などあれば記入を してください。	<h1>保険証</h1> <p>コピーを貼り付けて下さい。</p>		

**当院の診察は完全予約制です。  
受診日が決まりましたら、早めに予約のお電話をお願い致します。**