

FAX予約申込書(分娩前受診専用)

(お願い) (申込日) 年 月 日

* 受診当日に予約票・紹介状(検査データ含む)・お薬

手帳・マイナンバーカード(保険証)・各種医療券等を (紹介元)

ご持参の上、外来棟2階「初診(紹介)」カウンターにて 住 所

受付をお願いいたします。 医療機関名

* ご不明な点がございましたら病診連携係まで 医師氏名

お問い合わせください。

TEL () -

【病診連携係直通】 TEL:0120-503-743

FAX () -

受診希望日	① 年 月 日 ()		② 年 月 日 ()		
受診科	産婦人科	希望 医師	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (医師)	担当医師 への連絡	済 ・ 未
フリガナ				フリガナ	
患者氏名				旧 姓	
生年月日	年 月 日		年 齢	歳	
現住所	(〒 -)				
帰省先住所	(〒 -)				
電話番号	自宅 :		-	-	
	携 帯 :		-	-	
	帰省先 :		-	-	
徳島赤十字病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 (患者番号)			※ 旧姓・旧住所での受診歴がある際には、 紹介元医療機関へお電話にて確認を取ら せていただく場合があります。ご了承ください。	
予 定 日	年 月 日		現在の週数	週 日	
出 産 経 験	<input type="checkbox"/> 初産 ・ <input type="checkbox"/> 経産 (回)		※ 経産の方は帝王切開 (回)		
胎児の状況	<input type="checkbox"/> 骨盤位 ・ <input type="checkbox"/> 多胎				
無 痛 分 娩	<input type="checkbox"/> 希望あり ・ <input type="checkbox"/> 希望なし				
他の連絡事項	<input type="checkbox"/> 合併症なし ・ <input type="checkbox"/> 合併症あり ()				

【 注意事項 】

- ・ 分娩をご希望される方は、妊娠34週までに当院の受診をお願いします。
- ・ 現在骨盤位または既往帝王切開の方は、妊娠32週までに当院の受診をお願いします。
- ・ 妊娠中異常(切迫早産等)のあった方は、より早期の受診をお願いしています。

【 保険情報 】

保 険 者 証	保険者番号		公費負担番号	
	記号・番号		受給者番号	
被 保 険 者			資 格 取 得	年 月 日
資 格 取 得		年 月 日	有 効 期 限	年 月 日
有 効 期 限		年 月 日	備 考	
事 業 所	名 称			
	所 在 地			