

里帰り出産申込書

年 月 日

東條ウイメンズホスピタル分娩予約係 行

FAX 045-843-2526

・下記ご記入のうえFAXまたはご郵送をお願いいたします。

| | | | |
|----------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成 |
| 患者様氏名 | | | 年 月 日 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (自宅) | (携帯) | |
| 里帰り先 | 〒 | | |
| 予定日 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 初産 | <input type="checkbox"/> 経産 (回目) |
| リスク | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | |
| 分娩方法 | <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 計画無痛分娩 | | |
| 現在通院中の 医療機関 | 都・道 府・県 | 市・区 町・村 | 病院 クリニック |
| 現住所以外の 郵送先 | 〒 | | |

お申込書が届き次第、現住所へ分娩予約に関する書類一式を送らせていただきます。

別のご住所へのご郵送をご希望の場合は郵送先をご記入ください。

★注意事項

- ・妊娠34週の妊婦健診からは当院で受診をお願いしております。
- ・計画無痛分娩をご希望される患者様は30週から当院での妊婦健診をお願いいたします。
- ・BMI30以上、双胎。合併症がある場合はご対応が出来かねます。リスクの詳細をご記入ください。
- ・神奈川県外の妊婦健診補助券はご利用いたしません。

〒233-0013 神奈川県横浜市港南区丸山台2-34-7
東條ウイメンズホスピタル 分娩予約係
TEL 045-843-1121