

分娩予約申込書

住 所	〒 -	携帯	
氏 名		TEL	
氏名フリガナ		生年 月日	年 月 日 () 歳
里帰先住所	〒 -	旧 姓	フリガナ()
	TEL		
出産予定日	年 月 日		
何回目のお産ですか？	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ()回目		
胎児の数は？	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> ふたご		
帝王切開をした事がありますか？	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
当院へ伝えておきたい事はありますか？			

【保険情報】	保険者番号	被保険者 氏名	本人
	記号・番号		家族()
	資格取得		患者との続柄()
	有効期限	※保険証のコピー添付でも良いです	

【現在通院中の医療機関】

医療機関名	
所在地	
TEL	

【分娩予約確認について】

「分娩予約確認書」と「妊婦健診の案内」を郵便で御自宅にお届け致します。
その際に、この用紙の住所・氏名欄を返信用ラベルとして使用させていただきます。

〒016-0014 秋田県能代市落合字上前田地内
能代厚生医療センター 地域医療連携室

TEL : 0185-52-3111(代表) 専用FAX : 0185-54-8894