

記入例

分娩予約申込書

住所	〒170-0011 東京都豊島区池袋本町1-2-3	携帯	090-1234-5678
氏名	組合 花子 様	TEL	03-1234-5678
氏名フリガナ	クミアイ ハナコ	生年月日	年 月 日 () 歳
里帰先住所	〒016-0014 秋田県能代市落合字上前田地内	旧姓	フリガナ(ヤマト) 山本
	TEL 0185-52-3111		
出産予定日	2019 年 3 月 3 日		
何回目のお産ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> () 回目	必ずチェックを入れてください。
胎児の数は？	<input checked="" 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？	・個室希望です。・前回、切迫早産でした。 ・保険証が〇月で変わりますetc... 記号がない場合は記入不要です。		

【保険情報】	保険者番号	050111	被保険者氏名	本人
	記号・番号	17 -12345678		家族()
	資格取得	平成28年4月1日		患者との続柄()
	有効期限	保険証に記載がない場合は空欄で構いません		※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】

必ずご記入頂きますようご協力宜しく願います。

医療機関名	JA東京厚生連
所在地	立川市柴崎町3丁目6番地10号
TEL	TEL. 042-528-1381

【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