

徳島赤十字病院 病診連携係 行 (FAX : 0120-308-739)

FAX予約申込書(分娩前受診専用)

(お願い)

- *受診当日に予約票・紹介状(検査データ含む)・保険証を持参されるようご案内をお願いします。
- *ご不明な点がございましたら、病診連携係までお問い合わせください。

【病診連携係直通】 (TEL) 0120-503-743

(申込日) 年 月 日

住 所
医療機関名
医師氏名

TEL () —
FAX () —

| | | | | | |
|------------|---|-------------------------------|---|----------|-----|
| 受診希望日 | ① 月 日 (曜日) | | ② 月 日 (曜日) | | |
| 受診科 | 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 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 | 様 | | | 旧姓 | |
| 生年月日 | 昭和・平成・西暦 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"/> 有 (患者番号:) ・ <input type="checkbox"/> わからない | | | | |
| 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 | | | | |
| 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。

【下記に記入または保険証のコピー可】

| | | | | | | | | | |
|------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者証 | 保険者番号 | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | | | | |
| 資格取得 | 昭・平・令 年 月 日 | | | | | | | | |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担番号 | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 資格取得 | 昭・平・令 年 月 日 | | | | | | | | |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 備考 | (老人負担割合 割) | | | | | | | | |