|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診希望日 | 1. 月　　　　日 （　　　　　　曜日） | | | | 1. 月　　　　　日 （　　　　　　曜日） | | | |
| 受　診　科 | 産婦人科 | 希望  医師 | □なし・□あり（　　　　　　　　医師）  への連絡 | | | | 担当医師 | 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 | □ 無　　・　　□ 有 （患者番号：　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　□　わからない | | | | | | | |
| 予　定　日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | 現在の週数 | | 週　　　　　日 | | |
| 出 産 経 験 | □　初産　　　　　・　　□　経産（　　　　回）　※経産の方は帝王切開（　　　　　回） | | | | | | | |
| 胎児の状況 | □　骨盤位　　　・　　□　多胎 | | | | | | | |
| 他の連絡事項 | □　合併症なし　・　　□ 合併症あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号 ・ 番号  被　保　険　者 | ・ | | | | | | | |
| 資　格　取　得 | |  | | | | | | | |
|  | | 昭　・ 平 ・ 令 　　 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 名　　称 | | 令和　　　　　 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 所　在　地 |  |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |

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

有　効　期　限

【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】

徳島赤十字病院 病診連携係 行（FAX：0120-308 -739 ）

備考

保険者証

事業所

（申込日）　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日

住　　　　所

医療機関名

医師氏名

TEL　（　　　　　　　　）　　　　　　　―

FAX　（　　　　　　　　）　　　　　　　―

（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

**ＦＡＸ予約申込書（分娩前受診専用）**