

FAX予約申込書(里帰り分娩用)

年 月 日

(紹介先) 公立学校共済組合四国中央病院 (紹介元)

産婦人科 担当医 医師 住 所

医療機関名

【地域医療連携室】

医師氏名

印

TEL (0896)58-2118

貴院担当者

FAX (0896)56-6081

TEL () -

FAX () -

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓()		年 月 日 (歳)
現住所	〒 -	TEL	- -
帰省先住所	〒 -	携帯	- -
受診希望日時	第一希望 年 月 日()	午前・午後	時 分頃
	第二希望 年 月 日()	午前・午後	時 分頃
受診不可日			
予定日等	予定日 年 月 日	出産(初・2回目以降)	
帰省予定日	帰省予定日 年 月 日	※新型コロナ感染対策のため可能な範囲でご記入ください。	
連絡事項等			

※ 診療情報提供書のFAXも合わせてお願いいたします。

■ 注意事項

- ① 里帰り分娩をご希望される方は、妊娠34週からの妊婦健診を当院でお願いしております。(33週6日までに帰省)
- ② 現在骨盤位又は既往帝王切開の方は、32週には当院の受診をお願いしております。
- ③ 妊娠中の異常(切迫早産等)のあった方は、より早期の受診をお願いしております。

■ カルテ作成のため下記の記載をお願いいたします。(保険証の写し、又は貴院カルテの写し添付も可)

医療保険

保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号	.	枝番()	被保険者氏名 続柄
事業所名称		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

公費負担医療受給者票

①	負担番号	受給者番号	有効期限	.
②	負担番号	受給者番号	有効期限	.

■ 折り返し、紹介患者予約通知書をFAXいたしますので、患者さんにお渡しください。

※ 平日8:30~16:30までの受信分については、当日中にご回答させていただきます。