

由利組合総合病院 分娩予約申込書

- 申込書をいただいてから、1週間以内に「分娩予約票」を郵送いたしますので返送希望先に☑をお願いします。
- ご不明な点がありましたら、下記へお問い合わせください

平成 年 月 日

ふりがな		旧姓	
氏名			
生年月日			
現住所 □ 予約票返送先	〒 TEL ()		
里帰り先住所 □ 予約票返送先	〒 TEL ()		

〈保険証〉

保険者番号			
記号			
番号			
被保険者氏名		資格取得	年 月 日

〈今回の出産について〉

出産予定日	年 月 日
該当するもの全てに ☑をお願いします (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫の手術(核出術)を受けたことがある <input type="checkbox"/> 帝王切開したことがある <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
現在通院中の 医療機関	医療機関名： 医師名：
	住所：〒 TEL： ()

.....

分娩予約票

_____様

上記申し込みの分娩につきまして、分娩予約をいたしました。
受診につきましては、別紙「分娩予約をされた方へ」をご参照ください。

由利組合総合病院 地域医療連携室
〒 015-8511 秋田県由利本荘市川口字家後 38
TEL:(0184)27-1293 FAX:(0184)27-1318