

分娩予約申し込み（産婦人科申込書 兼 診療情報提供書）書

紹介元 年 月 日

医療機関名		電話番号	
医師名		FAX 番号	
住所	〒		

患者様情報

(ふりがな) 患者氏名		旧姓		性別：女
		生年月日	西暦 年 月 日生	
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

当院の ID（カルテ番号）をお持ちの方はこちらにご記入下さい

診察券番号	
-------	--

診察依頼	産 科 (医師希望は承れません)
分娩予定日	年 月 日 予定日起算方法 (LM ・ CRL ・ 胚移植 ・ その他)
選 択 し て 下 さい	☐ 初産婦 ☐ 経産婦 ☐ 無痛分娩希望 (あり・なし・わからない) ☐ 帝王切開既往 (あり・なし) ☐ 帝王切開予定 (理由：帝切既往・骨盤位・前置胎盤・その他) ☐ 里帰り分娩
当院での妊 婦 健 診 希 望 週数	☐ 20 週から ☐ 30 週から (帝王切開予定の方は、30 週までをお願いします) ☐ 34 週から ☐ その他 () 週から

無痛分娩希望の初産婦の方は、身長・非妊時体重を ご記入ください。	身長： cm	非妊時体重： kg
-------------------------------------	--------	-----------

傷病名・病状・既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、現在の処方等については、
各施設の診療情報提供書に記入し、検査結果と共に FAX をお願いします。
こちらから送付する分娩予約完了証が届きましたら、分娩予約は完了となります。次回の妊婦健診の案内
及び、持参物品の説明も記載しておりますので、速やかに患者様へご連絡をお願いします。