

FAX予約申込書(里帰り分娩)

年 月 日

(紹介先) 公立学校共済組合四国中央病院

産婦人科 担当医 医師 (紹介元)

【地域医療連携室】

TEL (0896)58-2118

FAX (0896)56-6081

住 所

医療機関名

医師氏名

Ⓜ

TEL () -

FAX () -

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	旧姓()	男・女	年 月 日 (歳)
住 所	TEL() - 携帯() -		
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
紹介目的	1. 受診依頼(外来受診) ・入院治療 2. 検査依頼 3. 手術依頼 4. その他()		
主 症 状	予定日 月 日 出産(初・2回目以降)		
	隔離が必要とされる感染症の疑いの有無 (有 ・ 無 ・ 不明)		

★担当医により診療情報提供書のFAXを事前にお問い合わせする場合があります。

注意事項

- ・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います。
- ・現在骨盤位また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います。
- ・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。

★カルテ作成のため下記の記載をお願いします。保険証の写し、貴院のカルテの写しでもかまいません。

医療保険

保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号	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	年 月 日
②	負担番号	受給者番号	有効期限	年 月 日

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

※平日8:30~17:00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。