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

産婦人科　担当医　　医師

【地域医療連携室】
TEL　（0896）58－2118
FAX　（0896）56－6081

（紹介元）
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（　　）		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。

貴院担当者（　　）