

里帰り分娩仮申込書

年 月 日

竜王レディースクリニック院長殿

里帰り分娩のため予定日証明を添えて貴院に入院を申し込みます。

申込後、貴院に通院を開始するまでは下記事項に留意します。

記

- 1 通院中の主治医より妊娠中の異常の指摘があった場合必ず報告します。
- 2 下枠内記入内容に変更があった場合速やかに連絡します。
- 3 分娩する病院を変更する場合決まり次第連絡します。
- 4 妊娠30週までには初回受診予定日を決め連絡をします。

上記1, 2, 3, 4に同意の上、分娩の申込をいたします。				
本人	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和
	氏名			年 月 日
	住所	(〒 -)	電話	() - -
			分娩予定日	令和 年 月 日
(現在妊婦健診に通っている通院先の連絡先を下枠に記入)				
通院先	病院名		主治医	
	電話			
里帰り時連絡先	住所	(〒 -)	電話	() - - () 様方
	緊急連絡先	氏名 続柄	電話	() - -

※ 太い枠線内をすべてご記入ください。

* 申込書、予定日証明書（コピー可）はFaxまたは郵送にてご送付下さい

宛先：〒4000115 甲斐市篠原2199 竜王レディースクリニック 事務宛

Fax 055-279-4645

Faxの際は番号間違えないようお気をつけ下さい

お問い合わせ先 055-279-4132

(受付時間 月、火、木、金 9:00~17:00 水、土 9:00~11:00)

* 帰省後、妊娠中の合併症などの理由で高次施設へ紹介をさせて頂く場合があります。ご了承下さい。