

秋田赤十字病院 産科外来 ⇒ FAX 018-829-3355

分娩予約申込書

白色の欄に記入し、郵送またはFAXでお申込みください。

記入日 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
氏名		旧姓	
生年月日	平成・昭和	年月日	歳
分娩予定日	年月日		
出産の経験 <input type="radio"/> 初産 <input type="radio"/> 経産 <input type="checkbox"/>	胎児の数 <input type="radio"/> ひとり <input type="radio"/> ふたご <input type="radio"/> みつご		
帝王切開の既往 <input type="checkbox"/>	病院名：		
過去に子宮の手術をしている場合			
病名：		病院名：	

現在通院中の医療機関

医院・病院名			
電話番号			
ご連絡先 (日中に通じるもの)	携帯または固定電話	-	-
	FAX番号	-	-
	ご実家(帰省される場合)	-	-
現住所(〒 -)			
帰省先の住所(〒 -)			

分娩予約確認後に妊婦健診のご案内などを郵送いたしますので、ご希望される送付先の○を黒く塗ってください。

現住所 帰省先の住所

これまでの経過で何か異常な点があればご記入ください。

--

〒010-1495
秋田市上北手猿田字苗代沢222番地1
秋田赤十字病院 産科外来

※個人情報の取り扱いには十分注意をいたします。 TEL 018-829-5000