

産科申込書

(宛先)

名古屋市立 西部医療センター
(地域医療連携室)
FAX 番号(052)856-0049

《ご依頼機関さま》

医療機関名 _____ 医師名 _____ 先生

TEL _____ FAX _____ 申込日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

分娩予約	分娩予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> ローリスク <input type="checkbox"/> ハイリスク (_____)
	セイフ *周産期 save ネットワークのご利用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
診察予約 希望日	① _____ 月 _____ 日 (_____) ② _____ 月 _____ 日 (_____) ※本日より 4週間程度 を目安に希望日をお書きください。 (妊娠週数により早めの予約をお取りください。) ※分娩予約は仮予約となっております。診察予約日に受診されない場合は 分娩予約が取り消しとなる 場合がありますのでご注意ください。

フリガナ 患者氏名		昭和 _____ 平成 _____
電話番号	— —	女 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ
住所 〒	都 道 _____ 市 郡 _____ 区 _____ 府 県 _____ 町 村 _____	
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

※予約票は不要ですが、必要とされる患者様には下記をご記入いただきお渡し下さい。

きりとり

診察券番号 【 _____ 】
予約日時 【 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分 】
西部医療センター連絡スタッフ 【 _____ 】

* 予約日変更またはキャンセルの場合は患者様ご自身で下記までご連絡下さい。
西部医療センター地域医療連携室直通 052-991-8145