

分娩予約 申込書

当院の ID番号		当院の診察券をお持ちで 分かる方は記入して下さい	
フリガナ		旧姓	
妊婦氏名	様		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
現住所	〒		
電話番号	- -		
秋田の 連絡先	〒 電話番号(- -)		
分娩予定日	年 月 日		
現在通院中の 医療機関			
何回目のお産ですか	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/>	()回目
胎児の数は	<input type="checkbox"/> ひとり	<input type="checkbox"/>	ふたご
帝王切開をしたことが ありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
伝えたいことがあれば 書いて下さい			
申込先	秋田厚生医療センター 地域医療連携室 〒011-0948 秋田県秋田市飯島西袋1-1-1 直通電話 018-880-3050 専用FAX 018-857-2324		

※可能でしたらFAX後、上記地域連携室宛に電話連絡いただけると幸いです。(平日 8:00~17:00)