

分娩予約 申込書

当院の ID番号		当院の診察券をお持ちで わかる方は記入して下さい	
フリガナ 妊婦氏名		旧姓	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
電話番号	- -		
分娩予定日	平成 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 (旧 秋田組合総合病院) 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		