

分娩予約申込書 [東広島医療センター 地域医療連携室(予約センター)]

独立行政法人国立病院機構
東広島医療センター
地域医療連携室(予約センター) 御中

令和 年 月 日

【送り先FAX】 082-493-6488

〒739-0041
東広島市西条町寺家513
TEL 082-493-6487

紹介医療機関の所在地、名称、医師名、TEL、FAX

※ 患者様が当院診察券(又は国立広島病院診察券)をお持ちの場合は「氏名」「診察券番号」のみの記入で結構です。

患者様情報	フリガナ	当院の受診歴を確認するため旧姓の記入をお願いします。		
	氏名		旧姓	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
	現住所	〒		
	電話	() -		
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 受診歴有り(診察券番号)・ <input type="checkbox"/> 受診歴無し		
	分娩予定日	令和 年 月 日		
	妊娠歴	____経妊 ・ ____経産		
	妊娠リスク			
	合併症等			
妊婦健診	貴院にて継続 ・ 東広島医療センターにて			
備考				

折り返しFAXにて分娩予約確認票を返送いたします。

※当院記載欄

FAX返信	令和	年	月	日	時	分	[担当者名]
台帳登録	令和	年	月	日	時	分	[担当者名]