**産 科 申 込 書**

**（宛先）**

（様式１）

**名古屋市立　西部医療センター**

**（地域医療連携室）**

**FAX番号（052）991－8161**

**依頼機関**

**医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　先生**

**ＴＥＬ　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　申込日：令和　　年　 月　 日**

依頼医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　 　　　先生

ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　予約日：平成 　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 分娩予約 | □　**予定日　　　　　　　　　月　　　　　　　日**□　ローリスク□　ハイリスク　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　コメント |  |
| 外来予約希望日 | 1. 月　　　日（　　）　　②　　　　月　　　日（　　）

**※**本日より4週間以内の希望日をお書きください |
| フリガナ患者氏名　　　　　　　　　　　　 連絡先：　 　　　－　　　 　－ | 女 | 　昭和　　平成　 　年　　　月　 　日生まれ |
| 住所 〒 |

※予約票は不要ですが、必要とされる患者様には下記の**青い枠内**記入してお渡し下さい。

※上記の分娩予約は仮予約になっております。4週間以内に外来受診されない場合は**分娩予約が取り消される**場合がありますのでご注意下さい。

※分娩予約枠が空いていない場合、お断りすることがあります。

診察券番号　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

予約日時　　【　　　　月　　　　日　　　曜日　　　　　時　　　分　】

西部連絡スタッフ【　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

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