**（宛先）**

**名市大　西部医療センター**

**（地域医療連携センター）**

**FAX番号（052）856 - 0049**

**産 科 申 込 書**

**《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**  □　ローリスク  □　ハイリスク　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **セイブ** | | |
| **＊周産期saveネットワークのご利用**  □あり　　□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下さい。 | | |
|  | | | |
| フリガナ  患者氏名    電話番号　　 　　　－　　　　 　－ | | 女 | 昭和　　平成  　 　年　　　月　 　日  生まれ |
| 住所 〒  都　道　　　　　 市　郡　　　　　 区  　　　　　府　県　　　　　 町　村 | | | |
| 保険種別  □社保　　□国保　　□生保　　□自費　　□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センター直通　　052-991-8145