

## 産婦人科申込書 兼 診療情報提供書

紹介元

令和

年

月

日

医療機関名		電話番号	
医師名	印	FAX番号	
住所	〒		

## 患者さま情報

(フリガナ) 患者氏名	旧姓		性別:女
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日生
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

予約内容 ※診療情報提供書を別に発行される場合は事前にFAX(処方・検査データ・所見・心電図等含む)をお願いいたします。

診察依頼	産科・婦人科 (←どちらか○) 医師希望 なし・あり ( ) 医師)
	*ただし産科は医師希望を承れません

↓↓ 上記で産科に○の場合、以下の項目にもご記入ください ↓↓

どちらか選択	<input type="checkbox"/> 診察希望 * 当院は受診券を使用しての妊婦健診は12週以降の対応となります <input type="checkbox"/> 分娩予約のみ⇒分娩完了書を発行いたします。30週までは貴院管理をお願いいたします。
これまでの お産について	① 初産婦 ② 経産婦 帝王切開歴 (あり・なし)
分娩予定日	年 月 日 予定日起算方法 (LM・CRL・胚移植)

診療情報 【別紙にて診療情報提供書 (あり・なし) 別紙にて処方録 (あり・なし)】

傷病名・病状、既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、現在の処方等(紹介理由)

※※別紙にて【診療情報提供書】をFAX添付いただく場合は記載不要です※※

予約希望日

\*木曜日は休診日です

1、第1希望 月 日 2、第2希望 月 日 3、いつでも良い

耳原総合病院 サポートセンター 地域連携室

\*緊急時は下記にお電話にてご相談下さい。

受付時間 8:30~20:00【月~金】 8:30~13:00【土】 祝日休み

TEL 0120-198-338 FAX 072-241-0208(24時間稼働、時間外受付分は翌日対応)