健診・里帰り分娩（転院）申込書

以下の項目を記入し、メールまたはFAXで送信してください。後日、当院から連絡いたします。個人情報に関しては厳重に管理いたします。母子の安全のために必要なことなので、正しくご記入ください。
分娩時のリスクが高いなど当院での出産が難しいと判断した場合、お受けできないことがありますので、ご了承ください。

注１）　申込は予定日が確定し、他院で診察もしくは健診を受けている方に限ります。どこにも受診していない、また病院で妊娠判定していない方は対象になりません。
注２）　妊娠15週以降の方が対象です。里帰り以外の転院、転居の方は、妊娠週数に関わらずご連絡ください。
注３）　**この申込だけでは予約になりません。**詳細確認後、実際に来院していただいてから分娩予約となります。

ふりがな 氏　　名		当院受診歴がある方は診察券番号を記入してください。	
生年月日	年　　月　　日	予定日	年　　月　　日
現 住 所			
里帰り先の住所	里帰りの方は里帰り先の住所を記入してください		
※　ご自宅もしくはご実家が遠方の場合、３６週以降は必ず旭川市内及び近郊に滞在していただいています。 滞在先がない場合、ご自身で手配のうえ、ウィークリーマンション、ホテルを利用していただきます。			
連 絡 先	TEL①	TEL②	
※　不明な点は後日お電話で確認させていただきます。連絡可能な電話番号をご記入ください。			
婚姻状況	既婚　・　未婚（入籍予定　あり　・　なし　・　未定）		
身長　　cm	体重　＜妊娠前＞　　kg　＜現在＞　　kg		
＊BMI35以上の方は出産時のリスクが高いといわれているため、総合病院での出産をおすすめしています。			

妊娠は何回目ですか？（今回の妊娠を含む）　（　　）回目
お子さんは何人ですか？　（　　）人
流産したことはありますか？　（　　）回
今までの出産で異常はありましたか？　（例：早産　・　帝王切開　・　死産など）
ある場合、それは何人目のお子さんの時でどのような経過でしたか？

●今回の妊娠経過についてお尋ねします。

- 現在通院中の病院はどこですか（　　）
- 現在通院中の病院医師から妊娠経過の異常を指摘されていますか　いる　・　いない
- いると答えた方は、以下のことを指摘されていますか
  （〇をつけてください。）
  切迫流産・切迫早産・　多胎妊娠・前置胎盤・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病
  その他（　　）
- 妊娠中に行った検査で異常を指摘されていますか　いる　・　いない
  いる方は以下の当てはまるものに必ず〇を付けてください。
  がん検診（　　）
  採血（貧血　高血糖　その他　　）
  その他（　　）

●既往症についてお尋ねします。（〇をつけてください）
今までに病気やけがをしたことがありますか　ある　・　ない
ある方は以下の当てはまるものに〇をつけてください。あてはまるものがない場合はお書きください。
内科疾患　（高血圧　糖尿病　甲状腺疾患　腎臓疾患　喘息　その他　　）
心臓疾患（病名、もしくは症状等　　）
脳疾患　（てんかん　血栓症　脳腫瘍　脳梗塞　その他　　）
精神疾患（うつ　双極性障害　統合失調症　診断名はないが薬を服用していた　その他　　）
その他　（　　）

●現在内服中の薬はありますか　ある　・　ない
ある方は記入してください（　　）

●輸血についてお尋ねします

- 輸血をうけたことはありますか　ある　・　ない
  ある方は時期と理由を記入してください（　　）

- 輸血を受けられない宗教を信仰していますか　はい　・　いいえ
  はい、とお答えになった方は申し訳ありませんが、当院では出産をお受けできません。ご理解ください。

●健康保険証の種類　国民健康保険　・　社会保険　・　その他　・　生活保護受給中
※生活保護受給の方は当院で出産することはできませんので、担当のケースワーカーにご相談ください。

●困っていること、悩んでいること、不安なこと、当院への要望、質問などありましたらご相談ください。

●申込書確認後、当院よりご連絡いたします。
以下の要件よりご都合の良い日付・曜日（月・水・金のみ）と連絡時間帯番号を選択いただき、第３希望までご記入ください。

連絡要件

病院からの連絡要件	連絡時間帯番号
申込書提出後５日以上経過した月・水・金（祝日除く）	①13：30～14：30
	②14：30～15：30
	③15：30～17：00

ご連絡希望日時記入欄

	第１希望	第２希望	第３希望
日　　付	月　　日　　曜日	月　　日　　曜日	月　　日　　曜日
時間（番号）			

注１）指定時間（月・水・金の 13：30～17：00）以外の対応は致しかねます。
注２）診療の状況により時間が前後する場合がありますのでご了承ください。
注３）希望日から１週間過ぎても当院からの連絡がない場合は、お手数ですがもう一度ご連絡くださいますようお願いいたします。

以上　ありがとうございました。連絡をお待ちください。

〒070-0037　旭川市７条通７丁目左２号
TEL　0166-22-6125　FAX 0166-22-6180
医療法人社団弘和会　森産科婦人科病院