

里帰り出産申込書

年 月 日

【大館市立総合病院 地域連携室】

FAX: 0186-42-7400 (直通)

○太枠内をご記入のうえFAX、または郵送してください。

患者ID【 _____ 】

フリガナ		生年月日	昭和・平成
患者氏名			年 月 日
現住所	〒 _____		
電話番号	(自宅) _____	(携帯) _____	
里帰り先	〒 _____ (世帯主) (連絡先)		
予定日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 初産	<input type="checkbox"/> 経産 (回目)
現在通院中の医療機関	(連絡先) _____		
備考	_____		

お申し込みを確認後、里帰り出産申込受付票及び診療予約の案内等を現住所へ郵送いたします。里帰り先への郵送をご希望される場合は、備考欄へご記入ください。

注意事項

- 里帰り出産を希望される方には、**妊娠34週**の健診までに当院を受診されるようお願いしております。(既往帝王切開・切迫早産治療中の方は**妊娠32週**の健診までになります。)
- 妊娠経過中に**切迫早産や他の合併症と診断された方**はお受けできない場合もありますので、**通院先の医師とご相談下さい。**
- 県外の**妊婦健診受診票**はお取り扱いできません。住所地の市区町村へ償還払いについてご相談ください。
- お申し込みを取り消される場合は、速やかにご連絡くださるようお願いいたします。

【申込・お問い合わせ先】

大館市立総合病院
地域連携室 里帰り出産 担当
〒017-8550 秋田県大館市豊町3-1
TEL: 0186-42-5370 (代表)
FAX: 0186-42-7400

