

里帰り出産専用 FAX紹介申し込み票

<医療機関各位>

- ① 紹介申し込み票ご記入後、総合患者支援センターまでFAXでお送り下さい。(受付時間 平日9:00~17:00)
※17:00以降にいただいたFAXにつきましては、翌営業日に受付とさせていただきます。
- ② 当院にて内容を確認し受付完了後、診療予約票含め2枚をFAXで送付いたしますので患者さん用を妊婦さまへお渡し下さい。
※通常、診療予約票の返送は1時間以内にFAXにて送信しておりますが、申し込み票の内容によっては当日中のお返事が難しい場合もございます。その場合は当院より医療機関さま宛にお電話にてご連絡致します。
- ③ 申し込み票に記入する個人情報については、診療に必要な患者登録、診療予約等の業務にのみ利用します。
- ④ 当院では、MD双胎妊娠、前置胎盤と診断された方につきましては、受入れ対象外となります。ご了承ください。

▼ 発信元情報 ▼

医療機関名：				ご担当医名：			
電話番号：	—	—		FAX番号：	—	—	

▼ 患者情報 ▼

フリガナ	生年月日：			年	月	日
お名前：				(歳)	
	外国人の方(国籍：)		
住所 〒	—					
電話番号：	—	—		携帯電話：	—	—
当院受診歴：	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(旧姓：)		

▼ 依頼内容 ▼

週数(最終月経)	妊娠 週 (最終月経 年 月 日)					
分娩予定日	年 月 日			多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 該当あり <small>注) DD双胎のみ対応可</small>	
	(<input type="checkbox"/> 最終月経より <input type="checkbox"/> CRL <input type="checkbox"/> その他)					
経過概要 その他連絡事項等	胎児心拍確認日 年 月 日 (CRL mm)					
	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (経膈分娩 回)					
	(帝王切開 回 帝切理由：)					
	既往妊娠分娩時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	精神科等受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
※必ず記載をお願いします。	その他連絡事項					
予約希望日	受診希望曜日があれば <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 当院の予約状況によってはご希望に添えない場合もございます。 未記入の場合は、当院の予約状況に応じて予約日を指定させていただきます。 なお、妊婦健診については基本的に午前中となります。					
	希望曜日： <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金					

** 問い合わせ先： 石巻赤十字病院 総合患者支援センター TEL:0225-21-7240 (直通) **

※ 当院使用欄 ※

患者ID () 分娩予約仮入力 済み