

分娩予約申込書(兼誓約書)

医療法人清風会 岡村産科婦人科 院長 殿

令和 年 月 日

下記の者について、分娩予約申込みをします。

入院中は、諸規定を守り、医師・看護師等の指示を守って療養に専念します。また、入院中の一切の費用は、請求の際必ず支払います。入院患者の一身上のことは、すべて身元引受人において引き受けることを誓約します。

フリガナ		診察券番号	
患者氏名		職業	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
住所	〒 ー	電話番号	自宅() ー 携帯() ー
緊急時連絡先①	フリガナ	続柄	
	氏名		
緊急時連絡先②	住所	電話番号	自宅() ー 携帯() ー 携帯() ー (本人以外で連絡を取れる方)
	フリガナ	続柄	
里帰り先	住所	電話番号	自宅() ー 携帯() ー 携帯() ー (本人以外で連絡を取れる方)
	住所	本人の実家 ・ 夫の実家 その他() ○をお付けください。その他の方はどういう関係か をご記入ください	

- 必ず**全ての枠の中をご記入ください**。「同上」は使用せず、正しい住所をご記入ください。
- 緊急時連絡先は、緊急時に医師からの説明と同意をいただける方の優先順位でご記入ください。
- 分娩予約申込書と産科医療補償制度登録証は、必ず**妊娠19週6日までに2つ併せて**ご提出ください。
- 母子への支援が必要と判断された場合、連携病院や行政に情報提供させていただくことがあります。
- 出産前後に里帰りをされる予定の方は、里帰り先の住所をご記入ください。

身元引受人	フリガナ		続柄	
	氏名 (自署)			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	職業	
	住所	〒 ー	電話番号	自宅() ー 携帯() ー

- 患者さんの親族または友人、知人など直接関係のある方をお願いします。
- 患者さんが未成年の場合は保護者、または扶養者となります。