

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、すべて保証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		妊産婦管理番号	
		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		
	住 所	〒 ー	電話番号
緊急時連絡先②	フリガナ	続 柄	
	氏 名		
	住 所	〒 ー	電話番号
里帰り先	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。

保 証 人	住 所	〒 ー	電話番号	自宅() ー 携帯() ー
	フリガナ		職 業	
	氏 名 (自署)			
	生年月日	昭・平 年 月 日	続 柄	
連 帯 保 証 人	住 所	〒 ー	電話番号	自宅() ー 携帯() ー
	フリガナ		職 業	
	氏 名 (自署)			
	生年月日	昭・平 年 月 日	続 柄	

- 患者様の親族または友人、知人など直接関係のある方をお願いします。
- 患者様が未成年の場合は保護者、または扶養者となります。
- 連帯保証人は、**患者様・保証人と別世帯の成年者**で、独立の生計を営み、諸費用を支払う能力のある方をお願いします。
- 入院費をお支払いいただけない場合、当院から保証人・連帯保証人に直接連絡を取り、その方にお支払いしていただきます。**