

産科外来診療予約申込書

記入漏れがないようにご注意ください

記入日：令和 年 月 日

現在通院されている医療機関名

電話 - -

里帰り先への移動予定日

受診希望日

第1希望日 月 日

第2希望日 月 日

※ 月 日
帰郷および転居後1週間の間隔を
空け受診頂くようご協力をお願い
致します。

(※特に問題がない場合は妊婦健診に合わせてください。)

フリガナ		住所 〒 -
患者氏名	旧姓 ()	
生年月日	昭・平 年 月 日	電話 - -
予約票送付先	同上以外の送付先住所 〒 - (様方)	
今日現在の週数 週 日	☐ 妊娠経過に特に異常がない	
現在通院されている医療機関の	☐ 骨盤位（逆子）	
最終妊婦健診予定日 月 日	☐ 帝王切開予定	
出産予定日 月 日	☐ 多胎（双子、三つ子など）	

※ ご予約は受診希望日の2ヵ月前から受け付け可能です。

※ F A Xまたは郵送にてお申し込み下さい。

地域医療連携室専用FAX 0154-22-7176

〒085-8512 釧路市新栄町21番14号
釧路赤十字病院 地域医療連携室
電話 0154-22-7171（代表）