里帰り出産申込書

年　　月　　日

【大館市立総合病院　患者サポートセンター】

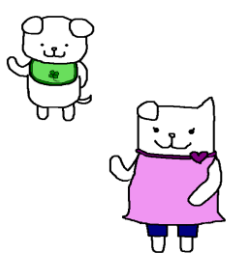
FAX：0186-42-7400（直通）

〇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 年　月　日
患者氏名			
現住所	〒		
電話番号	（自宅）	（携帯）	
里帰り先	〒 （世帯主） （続　柄） （連絡先）		
予定日	年　月　日　□初産　□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

〇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・今回帝王切開分娩を勧められている方は**妊娠32週**の健診までになります。）
〇母体合併症・妊娠合併症がある場合は、医師の指示により早めの里帰りをご案内する場合があります。
〇骨盤位（逆子）の経腟分娩、BMI35以上の肥満妊婦の分娩はお受けしておりません。
〇県外の**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。
〇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します。

【申込・お問い合わせ先】
大館市立総合病院
患者サポートセンター　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