

分娩予約申込書

_____年__月__日

* 分娩予約を申し込みします。

○ 診察券番号 _____

ふりがな
○ 氏 名 _____ 年__月__日生

○ 分娩予定日 _____年__月__日

○ 出産回数 初めて ・ _____回目 (当院____回・他院____回)
(自然分娩____回・帝王切開____回)

○ 妊娠前の体重 _____kg 身長_____cm

○ 現 住 所 _____

○ 電 話 番 号 _____ () _____

受付確認日

----- 切り取り -----

* **事前に上記を記入し、妊娠 12 週頃の妊婦健診までに、分娩予約金5万円と**
一緒に受付へ提出してください。同時に**産科医療補償制度**の加入用紙を記入し
て頂きます。この時点で分娩予約成立となります。
お渡しした産科医療補償制度のパンフレットを読んでおいてください。

* 分娩予約申込書の提出と分娩予約金が未納の場合、当院での分娩が出来なく
なる場合がありますのでご注意ください。

* 分娩予約金は分娩入院費用へ充当させていただきます。
その際、分娩予約金の領収書を回収しますので紛失されないようお願いします。
① クレジットカードは使えません。

