

分娩予約票

ご妊娠おめでとうございます。

当院での出産をお決めいただき、ありがとうございます。

妊娠、出産が素晴らしいものになりますよう、スタッフ一同お手伝いさせていただきます。

下記予約票にご記入頂き、直接当院までお持ちください。

里帰り分娩等で遠方にお住まいの方は郵送、もしくはFAXでお送りいただきますようお願い致します。

フリガナ -----	生年月日
氏名	年 月 日 () 歳
	出産予定日 年 月 日
現住所 〒 -----	連絡先 - -
里帰り先住所 〒 -----	連絡先 (様方) - -
<p>○今回のお産は (初めて)・()回目です。 妊娠前の体重 _____kg</p> <p>○帝王切開のご経験 無 ・ 有</p> <p>○現在治療中の病気 無 ・ 有 ()</p> <p>○当院での出産経験 無 ・ 有 (年 月)</p>	

〒810-0005

福岡市中央区清川3丁目20-9

はちすが産婦人科医院

TEL 092-531-0282

FAX 092-531-7157