妊婦（初期）予約シート　-八戸市民病院　産婦人科（地域医療連携室宛）-

FAX（本状）送信日：　　　月　　　日（　　）

**貴施設名**：

**妊婦さま氏名（フリガナ）**：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**生年月日（年齢）**：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　歳）

**八戸市民病院受診歴**：　　無　　・　　有　（ID：　　　　　　　　　　）

**最終月経**：　　　　月　　　　日から 　**妊娠分娩歴**：　　　妊　　　産（今回妊娠含む）

**妊娠週数**：妊娠　　　週　　　日　（予定日未定の場合は、おおよそで可）

**分娩予定日**：　未定　・　決定済　（　　　　　年　　　　　月　　　　日）

**不妊治療**：　無　・　有　（　　　　　　　　　　　）

**紹介理由・合併症等**：

**貴施設最終受診日**：　　　　月　　　　日（　　　週　　　日）

**母子手帳**：　無　・　有

**妊婦さまの連絡先電話番号**：

**受診希望日**（以下i、iiからお選びください）：

i）初回妊婦健診から（11～13週台）

ii）初回妊婦健診前（～10・11週台）：　　　　月　　　　日（妊娠　　　週）頃まで

＊初回妊婦健診前の受診で、早め（3平日以内）の受診が必要な際は、婦人科外来へ直接TELください。

八戸市立市民病院　婦人科外来電話番号　0178-72-5220

地域医療連携室FAX番号　0178-72-5222