

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