



徳島市民病院 無痛分娩申込書

発信日： 年 月 日

医療機関名： TEL：

医師名： FAX：

受診科	産婦人科（産科）無痛分娩希望
<p>【紹介内容】</p> <p>分娩予定日： 年 月 日</p> <p>※後日、分娩予定日に変更がある場合、必ずご連絡をお願い申し上げます。</p> <p>産科歴：</p> <p>既往歴・合併症・アレルギー等：</p> <p>その他：（受診希望日等）</p>	

●患者さん情報

紹介患者	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	S	・	H	・	R	年 月 日（才）	
	住所	〒						
	電話番号							
主保険	保険者番号				本人	家族	負担割合 1・2・3	有効期限
	記号	番号					令和 年 月 日	
公費	保険（公費負担者番号）							有効期限
	受給者番号							令和 年 月 日

- ※ 無痛分娩可能かどうかFAXで返信いたします。
- ※ 予約可能な場合、なるべく初期検査施行後、当院外来に受診予約(初診)をお願いします。
- ※ 無痛分娩希望であっても、医学的理由などで無痛分娩ができない場合があります。
- ※ ペチロルファンを用いた和痛分娩は無痛分娩申込は不要です。