

里帰り分娩予約申込書 及び 誓約書

年 月 日

診察券No.	ふりがな 妊婦氏名	様	歳
	生年月日 西暦	年	月 日
	(S・H・R	年)	
・分娩予定日	年 月 日	・今回の出産は	初めて・2回目・()回目
・現在通院中の病院は	都道 府県	市区 町村	病院 クリニック
妊婦現住所			
携帯番号	()		
里帰り先住所			
連絡先	()		

◎上記の者について分娩予約の申し込みをします。
※分娩予約金として1万円をお預かり致します。

里帰りされる際は以下の事を厳守してください

◆ 原則として**妊娠32週**には紹介状をご持参のうえご来院ください(里帰り先での生活を始めてください)。

◆ ご本人を診察させて頂いた上で母体、胎児に何らかの問題がある場合は他院への紹介となります。

(当院ホームページの分娩予約のページ参照)

◆ 入院中は諸規定を守り、医師、看護師等の指示のもと療養に専念してください。
また入院中の費用は請求の際、現金でお支払いください。

◎ 以上のことを厳守し、妊婦の一身上のことはすべて保証人において、引き受ける事を誓約します。

ふりがな
保証人氏名 様 ㊞ 妊婦との関係()