

里帰り分娩妊婦健診受診予約申込書

FAX送信日 令和_____年_____月_____日

十日町病院地域医療連携室 行

FAX 025-757-5699

医療機関名 _____

TEL _____ FAX _____

医師名 _____

健診希望日 _____年_____月_____日 _____曜日

* 月、火、金、曜日 の10時が里帰りの方の枠になっております。

フリガナ		分娩予定日
患者氏名	(旧姓:)	令 年 月 日
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	年齢 歳
妊娠歴	妊 産 既往帝王切開	有 ・ 無
現住所		
電話番号	() -	

最新の検査データを記入してください

	採取日 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 血液型	<input type="checkbox"/> Hb = . g/dl
<input type="checkbox"/> RPR ()	<input type="checkbox"/> Ht = . %
<input type="checkbox"/> TPHA ()	<input type="checkbox"/> PL (血小板数) . 万
<input type="checkbox"/> HBs 抗原 ()	<input type="checkbox"/> ATL 抗体 (HTLV) () 倍
<input type="checkbox"/> HCV 抗体 ()	<input type="checkbox"/> 風疹抗体価 (HI) () 倍
<input type="checkbox"/> HIV 抗体 ()	<input type="checkbox"/> クラミジア ()
血糖	<input type="checkbox"/> GBS (膣) ()
<input type="checkbox"/> 前期 () <input type="checkbox"/> 後期 ()	<input type="checkbox"/> GBS (直腸) ()
<input type="checkbox"/> 50gGCT	<input type="checkbox"/> 細胞疹 (class)
間接クームスまたは不規則抗体	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 前期 () <input type="checkbox"/> 後期 ()	<input type="checkbox"/>

【特記事項】

※来院の際は、産婦人科窓口で、この用紙のコピーと予約票、母子手帳を添えてお申し付けください。
また、**保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いいたします。