

# 里帰り分娩妊婦健診受診予約申込書

県立十日町病院 患者サポートセンター行  
FAX 025-757-5699

FAX送信日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
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"/> 50 g GCT	<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。