

* この用紙をかかりつけの先生にお渡しください

妊婦健診受診予約申込書

FAX送信日 年 月 日

医療法人社団たかき医院 医事課行

FAX 025-758-2370

医療機関名

TEL

FAX

医師名

健診希望日 第一希望

第二希望

第三希望

患者様情報

フリガナ		分娩予定日
患者氏名	(旧姓)	令和 年 月 日
生年月日	昭 ・ 平 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	()	-

保険記入欄

記号番号		公費負担者番号	
保険者番号		受給者番号	
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (割)	公費有効期限	年 月 日

検査項目 (実施した項目のみで結構です)

<input type="checkbox"/> 血液型 型 (Rh)	<input type="checkbox"/> 血糖
<input type="checkbox"/> 不規則抗体 有 ・ 無 有の場合 ()	前期 () mg/dl 後期 () mg/dl
<input type="checkbox"/> RPR抗体 ()	<input type="checkbox"/> 糖負荷試験 ()
<input type="checkbox"/> TPHA抗体 ()	<input type="checkbox"/> 風疹抗体 ()
<input type="checkbox"/> HB s 抗原 ()	<input type="checkbox"/> クラミジア抗原 ()
<input type="checkbox"/> HCV抗体 ()	<input type="checkbox"/> GBS ()
<input type="checkbox"/> HIV抗体 ()	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診
<input type="checkbox"/> HTLV-1 抗体 ()	
【特記事項】	

- * ご記入の上、当院宛にFAXにてご送信ください。予約受付後、当院から予約票をご返信いたします。
- * 来院の際は、受付に予約票と紹介状に母子手帳、お持ちならば当院の診察券を添えていただくようお願い致します。また、保険証やお薬手帳を忘れずにお持ちくださいますようお願い致します。