

分娩申し込みのご案内

当院は分娩予約（申込）制です。

当院分娩ご希望の方は **分娩申込金 30000 円** をお支払いいただきます。

お申し込まいただいた方には、分娩までの期間の経腹超音波動画配信料、当院オリジナルトートバッグ・母子手帳ファイルと母親教室・当院案内テキスト、入院時のオリジナルアメニティおよび退院時選べるギフトをサービスいたします。

分娩申し込みをされない方は、健診ごとに超音波動画配信料（1回 330 円(税込)）が加算されます。当院分娩予定の方でも分娩申し込みが完了するまでは配信料が請求されます。ご了承ください。

お申し込み後にご自身のご都合で転院となった場合には申込金の返金は致しかねます。

万が一、母児の疾患に伴って病院紹介や転院搬送になってしまった場合には、頂きました申込金から既にお渡しのファイルやテキスト代を差し引いた金額を診察料・紹介状料・搬送料に充てさせていただきます。不足の場合は別途ご請求させていただきますことご了承ください。

申し込み直後に流産等が判明し、トートバッグ・テキスト未開封の場合には全額返金致します。

次のページをすべてご記入の上、申込金 30000 円を添えて受付へご提出ください。戴きました個人情報、診療録の一部として医療法に基づき厳重に管理いたします。

※当院は一般の産婦人科診療所です。ハイリスク妊娠（合併症がある方・他疾患の治療中の方、既往2回以上帝王切開の方）の健診・出産は、赤ちゃん・お母様の安全のためお受けすることができません。分娩予定日決定しましたら総合病院へ紹介となります。

帰省分娩のご予定等で分娩予約をされない方は、以下をご記入の上、受付へご提出ください。

私は、他院分娩希望のため、貴院分娩予約は行いません。

分娩予定施設は（ _____ ）です。

貴院妊婦健診時に、超音波動画配信料（自費 330 円(税込)/回）が加算されることを同意致します。

令和 年 月 日

氏名 _____

生年月日 _____ S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日生

【当院記入欄：カルテ番号_____】

【当院記入欄：カルテ番号_____】

分娩申込書

医療法人 エイレイテュイア

岡崎バースクリニック

理事長 岡崎 隆行 殿

私は貴院分娩を希望し、申込金を添えて分娩申し込みを致します。また、安全な分娩のため下記情報を提供いたします。

・お名前（自署または代筆）：

（代筆の場合、申込者との続柄 _____ ）

・分娩予定日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・現住所：

・分娩前後の滞在先・帰省先住所：

・携帯電話番号：

ご職業とご勤務先名：

・ご主人・パートナーお名前：

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（ _____ 歳） 血液型 _____ 型 Rh（ _____ ）

電話番号：

ご職業とご勤務先名：

・アレルギー有無と症状（アレルギー _____ あり ・ なし）

食物（どのような症状？）：

薬剤（どのような症状？）：

その他：

・家族構成（ご本人と同居のご家族と年齢）：

ご不明な箇所は、後日別紙でご提出ください。