**千船病院分娩予約申込書（セミオープン・里帰り専用）**

(様式１)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **社会医療法人愛仁会　千船病院** | | | | | | |  | 紹介元医療機関名： | |
| **産婦人科** | | | | | **行** | |  |
|  | | |  | | | |  | 医師名：  住　所： | 64 |
| 電話　06-6473-9765 | | | | | | |
|  | ＴＥＬ： |  |
| FAX　06-6474-0161 | | | | | | | | ＦＡＸ： |  |
|  |  | |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 女 | | | 生年  月日 | | 西暦 | | |  | | | 年 | |
| 患者氏名 |  | | | | | |  | 月 |  | | 日 |  | | 歳 |
| 電話番号 | （ |  | ） |  |  | － | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 千船病院受診歴 | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | ID番号（分かる場合ご記入下さい）： | | | | | | | | | | | | | |
| 旧姓（フリガナ） | | | | （　　　　　　　） | | | | | | （ | | |  | | | | | ） | ※当院受診時に旧姓だった場合 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩予定日 | |  | | | | | 年 |  | | | | 月 | | |  | | 日 | | 身長 |  | | | cm | | 体重(妊娠前) | |  | kg |
| 妊娠歴  （今回を含む） | | | G | |  | P | | |  | | SA | | |  | | AA |  | | 帝王  切開 | |  | 回 | | 死産歴  (12週～) | | 無  有（　　回） | | |
| 既往歴  手術歴 | 無　・　有　※喘息（無・有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | アレルギー  薬剤  食物  その他 | | | 無　・　有 | | | | |
|  | | | | |
| 現在ある  疾患 | 無　・　有　※喘息（無・有） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 無痛分娩希望 | 有 ・ 無 ・ 検討中 |
| その他連絡事項  （双胎など） |  | |

【母体合併症】

□当院で分娩取扱いできない母体合併症

1. 不安定な精神疾患　②結合織疾患（マルファン症候群など）③血液疾患　④人工透析中 ⑤臓器移植後　など

□相談が必要な母体合併症

1. 不整脈や治療中の心疾患　②てんかん　③膠原病　④脳血管障害など

※当院外来へ妊娠早期に一度ご紹介下さい（受診時に分娩予約しますので、FAXは不要です）

【無痛分娩】

当院で経腟分娩可能な方のうち、無痛分娩に関して相談して頂きたい方

1. 脊椎疾患（脊椎手術後）②妊娠前BMI≧35　③脳血管障害　④皮膚疾患　⑤日本語が全く話せない など※当院外来へ妊娠早期に一度ご紹介下さい（受診時に分娩予約しますので、FAXは不要です）

|  |
| --- |
| 以下、千船病院使用欄   * 可　　□不可（ 理由　　 　　　　　　　　　　　）□可（無痛分娩要相談） |