(様式１)

**千船病院分娩予約申込書（セミオープン・里帰り専用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **社会医療法人愛仁会　千船病院** |  | 紹介元医療機関名：住所：　 |
| **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 |
| **※カルテ作成に必須のため太枠はすべてご記入願います。** |
| 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】

□当院で無痛分娩をうけていただけない方

①日本語での日常会話が通訳者、翻訳機なしでは対応困難な方　②分娩時BMI≧40

□当院で経腟分娩可能な方のうち、無痛分娩に関してご相談頂きたい方

①脊髄疾患・脊椎疾患（脊椎手術後）②妊娠前BMI≧35　③脳血管疾患・脳腫瘍　④腰背部に皮膚疾患の

ある方など

※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）
 |