

記入例：赤字の部分をご記入ください。

(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
産婦人科 行

紹介元医療機関名：○△病院

住所：大阪府大阪市西淀川区福町 3-2-39

医師名：千船 太郎

電話 06-6473-9765

TEL：06-6471-9541

FAX 06-6474-0161

FAX：06-6471-9542

フリガナ	チブネ ハナコ	女	生年	西暦	1991	年		
患者氏名	千船 花子		月日	9	月	7	日	33
電話番号	(06)	6471	-	9541				

千船病院受診歴	有・ <input checked="" type="radio"/> 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	2025	年	5	月	10	日	身長	160	cm	体重(妊娠前)	50	kg		
妊娠歴 (今回を含む)	G	2	P	1	SA	0	AA	0	帝王 切開	0	回	死産歴 (12週～)	有	(<input checked="" type="radio"/> 無)
既往歴	無・ <input checked="" type="radio"/> 有	※喘息	(<input checked="" type="radio"/> 無)	有)			アレルギー (薬剤 食物 その他)	無・ <input checked="" type="radio"/> 有						
手術歴	虫垂炎手術						ロキソニン							
現在ある 疾患	<input checked="" type="radio"/> 無	有	※喘息	(無・有)	下記疾患に該当する方は 特に漏れなくご記入願います。									

無痛分娩希望	<input checked="" type="radio"/> 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 \geq 40

当院で経膈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 \geq 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)