**母子医療センター**

[送信先]大阪母子医療センター【患者支援センター】

**FAX：０７２５-５６-５６０５**

産科用

**初診予約申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入者 | 医療機関  患者さん | | | | | 【予備】０７２５－５６－７７８５(回線混雑時等にご使用ください) | | | |
| 当センターからの**返 信 先** | | 医療機関へ返信希望  患者さんへ返信希望 | | | ＊**正確に**ご記入ください  ( TEL・ FAX) | | | | |
| ※患者さんにFAXする場合は、貴医療機関にも併せてFAXいたします。 | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 紹　　介  医療機関 | 名　称 | |  | | | | | | |
| 医師名 | |  | | | | | | |
| TEL | |  | | | | FAX | |  |
| 患者さん  の状況　確認事項 | ふりがな | |  | | | | 生年月日  年齢 | 昭和　・　平成・　令和　・　西暦  　　　　　　年　　　月　　　日生  （　　　　　　　）歳 | |
| 患者氏名 | |  | | | |
| TEL | | 自宅  携帯　　＊当センターから問合せ可能な番号をご記入下さい | | | | | | |
| ご住所 | |  | | | | | | |
| * 母子手帳は取得されましたか　　（　　未　・　取得済　　） | | | | | | |
| 通　訳 | | 要・不要 | 英語・ベトナム語・中国語・その他( ) | | | | | |
| 主　　訴  病　　名  紹介理由 | | 以下の項目についてご記入ください。  　妊娠している　 　妊娠していない 　　 　わからない  ・妊娠反応陽性日　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）  　　・最終月経日　　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日頃）  　　・出産予定日　　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）  　　・週数（　　　週　　　日）  　セミオープンシステムを利用する  **＊必ず枠内のいずれか（複数可）にチェックを入れてください。**  　合併症なし　　　合併症あり(下部空欄に詳細をご記載ください)  　胎児疾患あり(下部空欄に詳細をご記載ください)　＊合併症：妊婦さんご自身の病気  　多胎 … 双子・三つ子など  　出生前診断希望（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 受診の  ご希望 | 受診希望  医師名 | | なし　　 あり（　　） | | | | | | |
| 受診希望  曜　　日（午前のみ） | | 1週間以内　　　　 1か月以内  月　　火　　水　　木　　金　　　いつでも | | | | | | |
| センター  受診歴 | | 初回 　  受診歴あり（西暦　　　年　　月 頃・　　　　　科） | | | | | | |

注1.　紹介状がある場合は、初診時に患者さんがご持参ください。　　　 　　　　　　　　　　　2022年10月 改訂

注2.　希望医師名は、特に希望される場合のみご記入ください。

注3.　希望される受診曜日について、該当するところに○印を付けてください。

注4.　患者さんへの返信を希望される場合は、返信先ＦＡＸ番号を必ずご記入ください。

注5.　出生前診断はかかりつけ医からの申込みのみ受け付けます。必ず紹介状をご持参ください。

〒594-1101　大阪府和泉市室堂町840　　　　　 患者支援センター　初診予約係

地方独立行政法人大阪府立病院機構　　　　　TEL：０７２５－５６－９８９０（直通）

大阪母子医療センター　　　　　FAX：　　　　　　０７２５－５６－１２２０（代表）