**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）