

「里帰り分娩申込書」 Fax 送信表

《 送信先 》 益田赤十字病院 医事課 行
F a x 0 8 5 6 - 2 2 - 3 9 9 1

F a x送信日 (提出日) : 令和 年 月 日 ()

フリガナ	
氏 名	旧姓 ()
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
現 住 所	㊦
帰省先住所	㊦
電話番号	自 宅 : - - 携 帯 : - - 帰省先 : - -
予 定 日	令和 年 月 日
出産経験	無し ・ 有り (回)
帝王切開	以前に帝王切開の経験 【 無し ・ 有り 】
胎児の状況	当てはまれば○をしてください【 逆子 】
備 考	

※このファックスを間違っ受信された方は、益田赤十字病院医事課までご連絡ください。