

# 「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 0856-22-3991

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 : - -<br>携 帯 : - -<br>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。