

妊娠おめでとうございます

当院での分娩について

当医院では、分娩は予約制にしております。

早めに予約の有無を受付にお申し出くださいませ。
予約金は 10,000 円です。

分娩予約のお申し込みは、受付時間内でお受けしています。時間外ではお受けできませんので、代理の方が来られる場合など、前もってお電話で時間の確認をしてくださるようお伝えください。

予約は早めをお願いいたします。
遅くなりますと、当院で妊婦健診を受けておられましても、分娩をお断りすることがございます。(当院で出産経験のある方はこの限りではございません。)

尚、禁煙できない妊婦さんは、当院での分娩はお断りいたしますので悪しからずご了承くださいませ。

もし予約をお取り消し（キャンセル）されます場合は、速やかにご連絡くださいますようお願いいたします。

次の場合は予約金を返金いたしませんのでご承知ください。

- * 本人の都合でお取り消しされた場合（転勤は除く）
- * 1ヶ月以上健診に来られない場合

お里帰りなど他施設での分娩をご希望の方は、紹介状をお渡しいたしますので、その旨お申し出ください。

分娩予約申込書

年 月 日

(提出日をご記入ください)

マザリー産科婦人科医院 院長 殿

私は貴医院での出産を希望しますので、予約金を添えて申し込みいたします。

入院のうえは、貴医院の諸規則その他指示の事項を堅く守り、迷惑をかけることをお約束いたします。万一これに違反したときは退院を命じられても異議は申しません。

申込者 生年月日
氏 名 印 昭・平 年 月 日生
自 宅 〒
住 所 TEL
勤務先 〒
住 所 TEL

世帯主 氏 名		世帯主から見た 本人との続柄	
緊急連絡先 (1)	〒 氏名	TEL	
緊急連絡先 (2)	〒 氏名	TEL	

※里帰り分娩を予約される方は下記もご記入ください

里帰り先 住所	〒 TEL		
里帰り先の 世帯主氏名	印	本人との続柄	

分娩予定日は _____ 年 月 日 です