

年 月 日
里 帰 り ・ 転 居 問 診 表

お名前

昭和
平成一
生年月日 年 月 日 年令 才

電話

〒
現住所 住所

携帯電話

〒
里帰り先 住所

(様方) 電話

※ 出産予定日 年 月 日

(身長 cm 妊娠前体重 kg) (最終月経 月 日 ~ 日間)
(月経周期 日 ~ 日周期 順 不順) (初潮 才)

※今までに大きな病気や手術をしたことが
あれば簡単に御記入下さい。

※現在服用しているお薬があれば
御記入下さい。

[]

[]

下記の項目に該当するものに○をつけてください。

- 1) お薬のアレルギーはありますか? <いいえ・はい>…抗生物質・風邪薬・ピリン系薬剤・その他
()
- 2) アレルギー体質ですか? <いいえ・はい>……アトピー・喘息・鼻炎・食品・その他
()
- 3) 結婚していますか? <はい・いいえ>
- 4) お子様はおられますか? <はい () 人・いいえ>

県外より里帰りの方は必ずご記入お願いいたします。

妊婦検診費用の助成の方法について該当する箇所にチェック☑して下さい。

償還払いする …… 票の記入が必要 ・ 票の記入は必要なし

病院と契約済

ご質問があれば、お書き下さい。

[]

※ 当院ではフルネームでお呼びしております。

ご都合の悪い方はお申し出下さい。

き ら 病 院