

～・～・～・～・～ 妊婦のみなさまへ ～・～・～・～

数ある産婦人科の中で、当院にお越し頂きましてありがとうございます。

当院では出産を『予約制』としております。出産を希望される方は、早めに予約をお願いいたします。

(※ご注意)

出産の予約につきましては、当院の受付に 提出いただきました順に予約の成立とさせていただきます。

《 入院期間と費用 》 正常出産の場合 出産日を含め 6日間

個室 約50万円～ / 特別室 約52万円～

※上記料金には①産科医療補償制度保険料（¥12000）②新生児聴力検査（¥5500）③先天性代謝異常症検査（¥3000）が含まれます。

※時間外・深夜・休日は 別途加算があります。

※クレジットカード利用可能

社会医療法人天神会 産科・婦人科 みやじまクリニック
院長 宮嶋 諭

※この申込用紙は切り取らずに ご提出ください。

出産ご予約申込書

※氏名（本人・夫）は戸籍と同じ字体での記入をお願いします。（出生証明書に関係するため）

・出産予定日 年 月 日 （初産・経産 回目/帝王切開経験 有・無）

・（第1子 当院・他院にて出産）（第2子 当院・他院にて出産）（第3子 当院・他院）（第4子 当院・他院）

・診察券番号 ふりかな 生年月日 S・H 年 月 日生
(当院受診歴がある方)

【 】 氏名： 印 職業：

〒

・住所：

・携帯番号： 自宅の電話番号：

〒

・実家の住所：

ふりかな

生年月日 S・H 年 月 日生

・夫（パートナー）の氏名： 血型： A B O AB [Rh] (- +)

・携帯番号： 職業：

緊急に連絡を要する場合の保証人の氏名（続柄）と連絡先（本人、夫以外の方の記入をお願いいたします。）
(パートナーさま)

・保証人の氏名： 印（続柄）

・連絡先 電話番号

住所： 携帯番号

ご予約ありがとうございました。

(以下当院にて記入)
受取者 申込み年月日

年 月 日