

～・～・～・ 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 : ⑩ ・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 : ⑩ (続柄)

・連絡先
住所 :

・電話番号

・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