

地方独立行政法人 大阪府立病院機構  
大阪はびきの医療センター  
地域医療連携室宛 FAX 072-957-8051

## 分娩予約依頼票

（分娩予定日が確定してから FAX 送信をお願いいたします。後日、分娩予約通知票を送信させていただきます）

紹介病院の名称 \_\_\_\_\_

担当医氏名 \_\_\_\_\_

紹介病院の TEL 番号 \_\_\_\_\_

紹介病院の FAX 番号 \_\_\_\_\_

|                             |                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 妊婦様のお名前（フリガナ）               | ※旧姓（名字変更の場合記入）                          |
| 生年月日                        | 年 月 日                                   |
| 住所                          |                                         |
| 電話番号                        |                                         |
| 分娩予定日                       | 年 月 日【 初産 ・ 経産（ 回）】                     |
| 備考欄                         |                                         |
| 当センターでの受診歴<br>（受診科は問いません）   | あり なし                                   |
| 当センター記入欄<br>（ここは記入しないでください） | ID（ ）<br>申し込み日 年 月 日<br>通知票 済<br>予約確定 済 |

初めて来院される場合は、紹介状をお持ちになり、総合受付・初診窓口で手続きを行ってください。（外来受付時間：平日 8 時 45 分～11 時）

キャンセルされる場合は地域医療連携室までご連絡ください

電話：（代表）072-957-2121

（平日午前 9 時～午後 5 時まで）

FAX：072-957-8051