分娩監視装置(iCTG)貸出申込書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人　総合病院　国保旭中央病院　産婦人科　行

|  |  |
| --- | --- |
| 依　頼　元  医療機関名 | |
|  | |
| 住所　〒 | |
| TEL: ( ) | FAX: ( ) |
| 医師名: | 事務担当者名: |
| 連絡先メールアドレス  ※必ずご記入ください | |

貸出先【分娩監視装置(iCTG)発送先】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日  昭和・平成　　　　年　　月　　日 |
| 患者氏名 |  |
| 住所　〒 | | |
| TEL | 自宅 ( ) | 携帯 ( ) |
| 妊娠(　　)週(分娩予定日　　月　　日)、胎児数(　　　)人 | | |
| 過去の妊娠回数( )回、分娩回数( )回 | | |
| 特記事項(現在の問題点など) | | |
| 旭中央病院受診歴：　有　　　無 | | |

旭中央病院　産婦人科FAX 0479(63)8764 (産科病棟直通)

　 TEL 0479(63)8111 (代表)

本申込書にて必要事項をご記入いただき、上記FAXにてご送付ください

受付時間：午前8時30分～午後4時(平日)