

ななかまど外来 (他院からの胎児スクリーニング外来) 予約申込書

〒078-8510

旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院

地域医療連携室 宛

FAX: 0166-69-3044

TEL: 0166-69-3055

【医療機関】

住所

名称

主治医

FAX: ()

TEL: ()

フリガナ

患者氏名 _____ 様 (旧姓:) (妊娠 週 日)

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

患者さんの状況 現在外来で返事 (予約連絡票) を待っている 帰宅済み その他

希望受診日時 ※外来日は、原則第3金曜日 (休日の場合は第2金曜日) となります
 ※予約状況により希望に沿えない場合があります

① _____ 年 _____ 月 _____ 日 14:00 / 14:20 / 14:40 / 15:00 / 15:20 / 15:40 / いつでも

② _____ 年 _____ 月 _____ 日 14:00 / 14:20 / 14:40 / 15:00 / 15:20 / 15:40 / いつでも

○ 本用紙を FAX でお送りください。受診日が決まりましたら「予約連絡票」を FAX で返信しますので、患者さんにお渡しください。

※注意点

- 妊娠 26 週 0 日～30 週 6 日の経腹超音波検査で胎児のスクリーニング超音波検査のみを行います。
- 妊婦健診は行いませんので、妊婦健診はかかりつけ医で行ってください。
- 自費診療のため追加の検査や処方はできません。
- 経膈超音波検査は行いません。胎盤の位置異常、切迫早産などで経膈超音波検査が必要な場合は通常の周産母子科の外来にご紹介ください。
- 初診の受付に15分ほどかかります。予約時間までに2階の総合受付で初診受付をおえて、3階の③番外来でも受付をしてください。③番外来での受付が予約時間から遅れると検査が一番最後になる可能性があるため早めにご来院ください。

妊 産	
分娩予定日	年 月 日 (LMP/CRL/BPD 起算)
合併症	無 有 ()