

# 名古屋大学医学部附属病院

## 「インターコンセプションケア外来」申込書

令和 年 月 日

太枠内をご記入ください。

(ふりがな)		昭・平・令	
患者さんの氏名		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
患者さんの現住所	〒 電話 ( ) - 携帯電話 ( ) -		
当院への受診歴	ある・ない (ある場合は右記をご記入ください)	診療番号	- -

※こちらにご記入いただいた内容をもとに医師と調整いたしますので、できるだけ詳しくご記入ください。

ご都合の悪い日	(相談外来は「第2・第4月曜日の午後」です。ご都合の悪い日があれば、ご記入ください。)		
疾患名	1. 妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、早産 *あてはまるものに○を付けてください		
	2.		
	3. もし妊娠されている場合には、現在__週、出産予定日__年__月__日		
前回の分娩施設	__県__市__病院/クリニック *上記妊娠合併症で分娩された施設名を記載してください		
問い合わせの可否	上記施設に妊娠経過の問い合わせ (承諾します・拒否します) *あてはまるものに○を付けてください		
相談内容	(ご自由にお書きください。別紙でも結構です。)		
持参できる資料	1. 診療情報提供書 (現在診察を受けている産婦人科または内科などからの紹介状) 2. 母子手帳や前医での検査結果 3. その他 ( )		
現在の状況	1. 通院中 → 下記に病院名等をご記入ください。 2. 特になし		
現在受診されている病(医)院について	病(医)院名		
	診療科		医師名
	連絡先	電話 ( ) -	FAX ( ) -

### 病院使用欄 (記入しないでください)

受付年月日	令和 年 月 日	診療番号	
相談日時	令和 年 月 日 ( )	時	分

※このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、名古屋大学医学部附属病院に送られています。もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信者 (患者さん) 宛、お知らせくださるようお願いいたします。