～・～・～・　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
（当院受診歴がある方）

・ふりかな

・生年月日　S・H　　年　　月　　日生

【　　　　　　　　】　・氏　名：　　　　　　　　㊞　　・　職業：

〒

・住所　：

・携帯番号：　　　　　　　　・自宅の電話番号：

〒

・実家の住所：

ふりかな

・夫（パートナー）の氏名：

・生年月日　S・H　　年　　月　　日生

・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：　　　　　　　　㊞　（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