～・～・～・　里帰り出産を希望される方へ　・～・～・～

数ある産婦人科の中で、当院にお問合せいただ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。里帰り出産を希望される方は、

まずは**電話にてお問い合わせ**いただいた後　下記の**仮予約（里帰り）の提出**をお願いします。**（FAX又は郵送）**

後日、お返事させていただきます。**（まだ出産予約の成立ではありませんのでご注意ください。）**

お産をお受けできない場合もございますのでご了承ください。

こちらからのお返事の後 **出産ご予約申込書 を提出、当院確認後に予約成立となります**事をご理解ください。

※ご注意：予定日の変更があった場合は、今回のお申込みは無効となります。

再度、検討させていただきますのですぐにご連絡ください。

※必ず、ご本人様が記入してご提出ください。

※（FAX又は郵送）にて提出後、10日過ぎても当院から連絡がない場合はお問い合わせいただきますようお願いいたします。

≪　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。

※クレジットカード可

※診察は完全予約制です。

※ 34w迄に紹介状をご持参のうえご来院ください。

（無痛分娩希望の方は32w迄）

※里帰りの最初の受診予約は必ず　帰省前に
お電話にてお願い致しますご予約ください。

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

〒830-0074
久留米市大善寺町夜明397-1
TEL：0942-51-3188
FAX：0942-51-3118

※この申込用紙は切り取らずに　ご提出ください。

～・～

仮　予　約　（里　帰　り　用）

※（全ての項目をご記入ください。）　申込み日：　年　月　日

・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：　・電話番号：

・体重　・身長

・今までにかかった病気　・今現在、治療中の病気（　薬など　）

〒

・里帰り先の住所：