FAX：0120-25-9121

産科 診療予約申込書

申込日（FAX送信日）：
令和　　年　　月　　日

東北医科薬科大学病院
TOHOKU MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY HOSPITAL

患者支援・医療連携センター　行

TEL ： 022-388-9593（直通）

TEL ： 022-259-1221（代表）

受付時間

平日（土日祝日、12月29日～1月3日を除く）
8:30～17:00　（17:00以降のFAX受診は翌診療日受付になります。）

紹介元医療機関

医療機関名 ：
住　　所 ：
診療科・医師名 ：
電話番号 ：　　－　　－
ＦＡＸ番号 ：　　－　　－

（事務担当　　）

※この予約申込はあくまで外来の診療予約であり、分娩予約ではありません。
※分娩予約は、医師の診察後にお取りすることになりますので予めご了承ください。
※診療日は月曜日から金曜日です。必要事項を記入の上ＦＡＸをお願いいたします。

【患者基本情報】

フリガナ		生年月日	□ 昭和 □ 平成 年　月　日（　）歳	
氏　名		旧姓		患者を同定する為、必ずご記入ください。
住　所	〒　—			
電話番号	自宅　—　—　携帯　—　—			
受診希望日	第１：令和　年　月　日（　） 第２：令和　年　月　日（　） ※希望日がない場合には、最短の日時で予約します。	□ 希望日はないが早めの受診を希望 □ 都合の悪い日（　）		
分娩予定日	令和　年　月　日	週数	週	当院受診歴 □ 有 □ 無 □ 不明
連絡事項（疾患・症状等）	□ 別添　診療情報提供書のとおり □ セミオープン希望 【外国籍の方は以下をご記入ください】			
	ご本人　母国語		日本語（可 ・ 不可 ・ 日常会話可能）、英語（可 ・ 不可）	
	ご主人　母国語		日本語（可 ・ 不可 ・ 日常会話可能）、英語（可 ・ 不可）	
当院への事前連絡状況	□ 無　□ 有（医師 助産師）		医師もしくは助産師に連絡済	

※ 予約日時が確定次第、「受診受付票」をFAXでお送りします。
※ 「診療情報提供書」の原本は、当院受診当日にお持ちください。
※ 分娩予約に関するお問い合わせは、産科外来へお願いいたします。
TEL：022-259-1221（代表）15時から16時半まで。

【東北医科薬科大学病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診決定日時　　年　月　日（　）　時　分 ～ 時　分

2026/5/1更新