利用者氏名:　　(ID:　　)

〈病院記載欄〉

利用者番号		科	病棟	利用開始年月日
		産婦人科	4階西病棟	年　月　日
保険区分	保険確認日	保証金	保証金預かり日	受付担当者
	年　月　日		年　月　日	

産 後 ケ ア 利 用 申 込 書

年　月　日

東京歯科大学市川総合病院長　殿

以下のとおり申し込みいたします。

過去に当院を受診されたことはありますか?	はい　・　いいえ	「はい」の場合は 診察券の番号	

利用者（母親）	フリガナ		性別	生年月日	
	氏 名		女	西暦　年　月　日	
	現 住 所	〒□□□-□□□□　電話　(　)			
		自宅以外の連絡先(携帯・その他)　(　)　【　】			
	勤務先 名称		職種		
	勤務先 住所	〒□□□-□□□□　電話　(　)			
お子様	フリガナ		性別	生年月日	
	氏 名		男　女	西暦　年　月　日	
身元引受人	フリガナ		利用者との続柄		職業
	氏 名	㊞			
	性 別	男　・　女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	
	現 住 所	〒□□□-□□□□　電話　(　)			
		自宅以外の連絡先(携帯・その他)　(　)　【　】			
	勤務先 名称				
	勤務先 住所	〒□□□-□□□□　電話　(　)			
自己負担金の支払義務者	フリガナ		利用者との続柄		職業
	氏 名	㊞			
	性 別	男　・　女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日	
	現 住 所	〒□□□-□□□□　電話　(　)			
		自宅以外の連絡先(携帯・その他)　(　)　【　】			
	勤務先 名称				
	勤務先 住所	〒□□□-□□□□　電話　(　)			

※ 身元引受人と支払義務者は、同一人でも差し支えありません。
※ 利用者と支払義務者は、同一人でも差し支えありません。

東京歯科大学市川総合病院へ産後ケア利用を申し込むにあたり、次の事項を順守します。

1 病院の諸規則及び職員の指示を守ります。
2 自己負担にかかる費用は、規定のとおり支払います。
3 「身元引受人」は、利用中の患者の身上に関する事項について引き受け、退院の指示があった場合は、指定の期日に本人を引き取ります。
4 「身元引受人」の記載事項欄に変更があった場合は、速やかにお届けします。
5 「支払義務者」は、自己負担金を利用終了日に必ず支払いいたします。
6 「支払義務者」の記載事項欄に変更があった場合は、速やかにお届けします。
7 申し込み後にキャンセルされる場合は、必ず連絡をお願いします。当日のキャンセルの場合は、利用者から一日分の料金(市からの補助はありません。)を頂きます。

〈1/2〉 2枚目に続く

利用者さまへお願い

入院歴等について記載の確認のお願い

(1) 利用者さまは、今回の利用の前3ヶ月間に当院に入院していたことがありますか？《 はい　いいえ 》

(2) 利用者さまは、どちらで出産されましたか。

・出産された医療機関名［　　］　電話　　（　　）

・出産された医療機関の入院期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

・入院となった主な傷病名 ［　　］

産後ケア利用中の受診について

(1) 産後ケア中に医療行為の必要が生じた場合は、外来診療で受診することが出来ます。その際は外来保険診療となりますのでご了承ください。