

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		
	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						
	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						
	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。

 $\langle 2/2 \rangle$

COVID-19スクリーニング 問診票

2024 年 月 日 (記入日)

ID		名前		年齢	歳
携帯番号	— —	記入者		本人との関係	

本日来院の交通手段: ☐ 車 ☐ 救急車 その他 通所または入所施設名 自宅 ☐

付き添いの方 家からの時間

【いつからどのような症状がありますか】

【今回の症状でかかった病院の名前・検査・抗菌薬】

【症状 あり・なし・不明にレ点を】

	あり	なし	不明		あり	なし	不明		あり	なし	不明
37.5℃以上の熱	☐	☐	☐	/ のど痛	☐	☐	☐	/ ニオイ・味の異常	☐	☐	☐
咳	☐	☐	☐	/ 痰	☐	☐	☐	/ だるさ	☐	☐	☐
息苦しさ	☐	☐	☐	/ 鼻水・鼻つまり	☐	☐	☐	/ 食欲低下	☐	☐	☐
嘔気・嘔吐	☐	☐	☐	/ 腹痛・下痢	☐	☐	☐	/ 水分摂取の低下	☐	☐	☐
関節の痛み	☐	☐	☐	/ 頻尿・残尿感	☐	☐	☐	/ 妊娠・授乳	☐	☐	☐

その他 新型コロナウイルスワクチン接種歴 ☐ 回 / ワクチン会社 なし ☐ 不明 ☐

【自身のコロナ感染/感染者との接触(1か月以内)】 ☐ あり ⇒ なし ☐ 不明 ☐

【同居の方の体調不良者(発熱など)】 ☐ あり ⇒ ☐ ☐

【周囲の体調不良者(発熱など)】 ☐ あり ⇒ ☐ ☐

【過去の入院・通院していた/している病気 (新型コロナウイルス含む)】

☐ あり (病名など) ⇒ ☐ ☐

【飲んでいる薬(当院以外)】 ☐ あり(薬名) ⇒ ☐ ☐

【薬のアレルギー】 ☐ あり(薬名) ⇒ ☐ ☐

【タバコ】 喫煙 _____ 本 / 日 _____ 才 ~ _____ 才 ☐ 吸ったことがない ☐

事務サイン	看護師サイン	医師サイン
(予定入院・内視鏡)	(救外・外来) (病棟・内視鏡・外来ope)	(救外・内視鏡・病棟)

