利用者氏名：　　（ID：　　）

〈病院記載欄〉

利用者番号	利用者氏名	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

国際医療福祉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	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				
	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	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				
	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。

〈1/2〉 2枚目に続く

国際医療福祉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。

利用者様へお願い

1 入院歴等について記載の確認のお願い

(1) 利用者様は、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) 利用者様は、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 ［　　］

2 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。