

当院では帰省分娩の受け入れ基準を設けております。

- ・ 人員や設備に限界があるため、分娩予定日をもとに1か月あたりの予約数制限をしております。
 - ・ 分娩施設の決定には、妊娠出産に伴うリスクの判定が必要です。
- 妊娠初期から当院に継続的に通院する場合は、検査や問診でリスクを判断できますが、帰省分娩をご希望の方は電話では詳細をうかがいきれないため、申込書でご連絡をいただき、予約の可否を決定します。

【帰省分娩申し込み手順】

1. 次ページの 書式 2 「当院での分娩を引き受けられない方」 をよくお読みください。
ご自分があてはまるかどうか、ご家族も交えて判断してください。
1つでもあてはまる場合は、周産期医療体制の整った病院での分娩をお願いします。
読んでみてご自身で判断が付かない場合は、平日9時から17時の間にお問い合わせください。
2. 電話で帰省分娩の仮申し込みをしてください。（電話 0475248822 時間 月～土 9時から17時）
この電話では氏名・年齢・出産予定日・現住所・里帰り先の市町村名、
当院の診察券番号をお伝えください。
この時点での分娩予約が1か月あたりの予定数を超過している場合は申し込みできません。
3. 帰省分娩申込書（書式 3）を印刷して、間違いや記入漏れのないようにご記入の上、
当院までお送りください
（封筒には、3枚目用紙の宛先用紙を貼ってご利用ください）
4. 当院に【帰省分娩申込書】が届いたら、医師が分娩予約をお受けできるかどうかの判断をします。
5. 当院で分娩をお受けできない場合には、早めに電話でご連絡いたします。
【帰省分娩申込書】には平日9時～17時に確実に連絡がつく電話番号をご記入ください。
6. 当院で分娩予約を受付した場合は、郵便葉書で今後の予定をご案内します。
葉書に記載されている内容をよく読まれて、忘れずに健診を受けてください。
（妊娠中期に1回と、少なくとも34週の健診からは毎回当院で健診を受けていただきます）
7. 当院で分娩予約を受け付けた場合でも、当院での分娩を確約するものではありません。
当院の指示どおりに妊婦健診を受けられない場合や、帰省が連絡なく遅れる場合には、
予約をキャンセルすることもあります。
また、分娩や胎児新生児のリスクが高い場合には周産期医療体制の整った病院へご紹介いたします。

当院は個人の有床診療所のため、医師をはじめとする職員数や設備などの理由から、下記のどれかひとつでも該当するようなリスクのある方の分娩はお引き受けできません。
(いままでの分娩が当院のみの方の場合は経過がわかっているので、下記項目に該当しても予約があていければ、当院で分娩を引き受けられる場合もあります。)

ハイリスク妊娠やハイリスク分娩の既往や可能性がある方

- ・早産になったことがある方（切迫早産による長期入院を含む）
- ・頸管無力症と言われたことがある方
- ・妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）になったことがある方、非妊娠時から高血圧症のある方
- ・弛緩出血や胎盤早期剥離になったことがある方
- ・癒着胎盤になったことがある方
- ・他院で子宮の手術をうけたことがある方（帝王切開・筋腫核出術・円錐切除など）
- ・肥満が高度な方（BMIで30以上）
- ・一卵性双胎の方。品胎（三つ子）以上の方
- ・持病があり、妊娠分娩に関して他科の医師の管理が必要となる方
- ・妊娠12週以降で、これまでに妊婦健診を予定どおりに受けていない方
- ・18歳未満の方。分娩予定日に40歳以上の初産の方。分娩予定日に45歳以上の経産の方。
- ・妊娠初期の時点でハイリスク妊娠・出産となることが高確率で予想される方

ソーシャルワーカーなどによる介入が必要なため、当院の診療体制では対応できない方

- ・健康保険に無加入の方
- ・未成年の妊娠で、成人親族の後見がない方
- ・上のお子さんを他院で分娩された方で、分娩の記録（紹介状や母子手帳）を最初の受診時に当院に提出できない場合
- ・既往歴や手術歴などについて、当院からの問診に正確にお答え頂けない方
- ・生活保護における出産扶助を利用した分娩になる方
- ・言語や宗教、慣習的に当院では対応できない方（例…ハラル食や菜食には対応できません）
- ・その他、個々の状況で判断させていただきます

(電話で仮予約をしたあと、この用紙のみ記入の上、郵送してください)

ふりがな

氏名 _____ 記入日 () 月 () 日

生年月日 S. H. () 年 () 月 () 日 () 歳

受診歴 当院未受診 診察券番号 ()

妊娠歴 妊娠 () 回 出産 () 回 →経産の場合出産した施設名 ()

妊婦健診を受けている産婦人科施設名 ()

出産予定日 () 月 () 日 記入日の妊娠週数 () 週

現住所 〒 _____

携帯電話番号 _____ 配偶者の携帯電話番号 _____

現住所電話番号 _____

↑月曜日から土曜日の9時から17時に連絡のつく電話番号の□に✓をしてください

里帰り先 姓 () 本人の実家 配偶者の実家

里帰り先住所 _____ 里帰り先TEL _____

今回の妊娠で不妊治療 なし 【あり→ タイミング法 AIH 顕微授精 () 回目】

いままでかかったことのある病気やけが (入院、手術、長期通院や服薬をとまなうもの)

疾患名 [] 時期 [平成 年 月] 治療内容 []

疾患名 [] 時期 [平成 年 月] 治療内容 []

作永産婦人科で帰省分娩をしたいと思われた理由はどんなことでしょうか

妊娠や分娩に際して特に望むこと・心配なことがあればお聞かせください

同意の場合□にチェック✓をうえ、サインをしてください

- 作永産婦人科での帰省分娩を希望します
- 書式1【帰省分娩について】を読み、納得した上で申し込みます
- 書式2【当院での分娩を引き受けられない方】には1項目もあてはまらないことを確認しました
- 34週の妊婦健診から作永産婦人科に通院することを了解しました
- 34週までには帰省をすませ、帰省先や作永産婦人科から遠くに行かないことを了解しました

本人署名 (自筆)		* 医師の確認 (当院事務処理に使用)	
-----------	--	------------------------	--

宛先 〒297-0021 茂原市高師町1-5-5 作永産婦人科 院長 作永穂高 宛 親展
送信元 〒
住所
氏名
TEL ()
帰省分娩申込書在中

← 封筒に貼ってお使いください。