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				電話 ()			
	住所	〒□□□ - □□□□□□						
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				電話 ()			
	住所	〒□□□ - □□□□□□						

※ 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。

〈2/2〉

健康観察スクリーニング 問診票

2025 年 月 日 (記入日)

ID		名前		年齢		歳
記入者		本人との関係				

当日の体調や最近の状況を確認させていただくため、以下の問診にご協力ください。

37.5°C以上の熱	あり ☐	なし ☐	のどの痛み	あり ☐	なし ☐	ニオイ/味の異常	あり ☐	なし ☐
咳	☐	☐	鼻水/鼻つまり	☐	☐			

1週間以内に新型コロナウイルス陽性者との接触	あり ☐	⇒	詳細 (接触日や接触状況など)	なし ☐
同居の方の体調不良(発熱など)	あり ☐	⇒		なし ☐

事務サイン	看護師サイン
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(予定入院)	(教外・外来) (病棟・外来ope)

【入院・治療開始前に、感染のリスクを下げるために行ってほしいこと】

入院・治療の1週間前から、または入院・治療が決定してから、

- 外出はなるべく控え、不特定多数の人が多くいる場所での食事または会食は避けてください。
- 勤務・就学の際には、なるべくマスクをつけて行動してください。
- 手洗い・手指消毒・うがいをこまめにしてください。
- 同居のご家族の方々にも感染に十分気を付けるよう、できる限りご協力をお願いしてください。
- ご自身やご家族など身近な方に発熱・咳などの症状が出たり、COVID-19やインフルエンザ等、感染症にかかった方がいた場合には、お手数ですが当院までご連絡ください。

連絡先： 東京歯科大学市川総合病院 各科外来
電話番号 047-322-0151 (代表)