

胎児3D/4D超音波外来における同意書

(記入日 年 月 日)

・氏名 : ㊟

・住所 :

・連絡先 : 自宅TEL () ー

または

携帯TEL () ー

(*日中連絡のとりやすい番号をお願いします。)

・出産予定日 : 年 月 日

・診療先(妊婦健診)病院名 :

・診療先(妊婦健診)TEL : ()

説明書の内容に同意します。

現在、妊婦健診を受けている診療先がある。

妊婦と胎児について診療先へ連絡の必要がある場合は当院から連絡が可能である。

上記項目に同意頂きましたら、にをお願いします。

よろしければ、当院についてどちらでお知りになりましたか、お聞かせ下さい

当院に受診歴あり・当院ホームページ・知人・その他()



医療法人恵生会 恵生会病院