

諫早市永昌東町24番1号

産科紹介患者様用

諫早総合病院

地域医療連携室 FAX 0120-1388-35

患者氏名（ ） 生年月日（ 年 月 日 ）

いつもご紹介ありがとうございます。

産科へ紹介の患者様の事前情報についてのお願いです。

以下内容を記入し紹介患者申し込み書と共にFAXをお願いします。

* GDMは対象の方のみ記入をお願いします。

* 妊娠中の方で子宮がん検診精査のみの場合は婦人科の予約をお願いします。

①分娩予定日（ 年 月 日 ）

②最終妊婦健診（ 年 月 日 妊健 回目 ）

③すくすく登録（ 済 未 ）

④GDM 75 g OGTT結果（0分： 60分： 120分： ）

身長（ cm ） 非妊時体重（ kg ）

諫早総合病院産婦人科