



# 当院で里帰り分娩を希望される方へ

感染リスクが高い長距離移動を避けるため、また、急な移動制限等に対応するため、里帰りされるまでは、居住地近くでも分娩施設の確保をお願いします。

- 【受診に関するご案内】・里帰り後は外出を控え、2週間の経過観察期間において、体調にお変わりがなければ、当院でPCR検査を受けていただきます。  
後日、陰性が確認されましたら、外来受診していただきます。
- ・診察室に入れるのは原則ご本人のみです。
  - ・妊婦教室は中止しています。
- 【入院に関するご案内】・立ち会い出産は中止しています。
- ・ご入院中の面会は原則禁止です。



- ※ 今後の流行状況により、急遽、当院で分娩のお引き受けができなくなる場合もございます。随時、ホームページ等で最新情報の確認をお願いいたします。
- ※ 予約なく受診されても当日対応できかねますので、あらかじめご了承ください。
- ※ 予約のことで不明な点は、地域医療連携室までお問い合わせください。

## 「地域医療連携予約」のご説明

当院はかかりつけの先生からご紹介のFAXをいただくと、外来受診の予約ができます。別紙の「地域医療連携予約申込みのご案内」と「地域医療連携予約申込FAX用紙」を先生にお渡しいただき、予約手続きをご依頼ください。

### 【予約申し込みについて】

お申し込みの時期：PCR検査の1ヶ月前頃に手続きをお願いします。

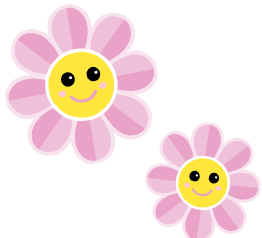
発熱外来（PCR検査）の予約と外来受診（検査後2日以降）の予約をお取りします。

PCR検査の時期：検査前2週間の経過観察を経て、31週～32週までに受けてください。  
ドライブスルー方式のため、あらかじめ、来院予定のお車について車種・色・ナンバー等を確認しています。（検査前開院日にお電話いたします）  
検査費用は3,000円前後の予定です。  
後日（次回受診時）に併せて請求させていただきます。

受診の時期：32週～33週までに（PCR検査後、陰性が確認できる時期でお取りします）

受診の可否について：PCR検査の結果を当院産婦人科外来看護師より連絡させていただきます。  
陰性の場合は外来受診予約日に受診してください。

月数	7ヶ月					8ヶ月				9ヶ月	
週数	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
申込			←————→								
2週間待機					←————→						
PCR								←————→			
受診									←————→		



### 【お問合せ先】

市立三次中央病院

○産婦人科外来

電話 0824-65-0101(代表)

※お急ぎでない場合は

午後、お問合せください

○地域医療連携室

(外来受診のご予約について)

電話 0824-65-0239

FAX 0824-65-0159

かかりつけ医療機関 様へ

## 市立三次中央病院

# 地域医療連携予約申込みのご案内

医療機関様からのお申し込みで、外来診察予約をお取りしております。  
恐れ入りますが下記の要領でお手続きをお願いいたします。

1. 「地域医療連携予約申込FAX用紙」にご記入いただき、  
診療情報提供書・初期検査の結果等と併せてFAXしてください

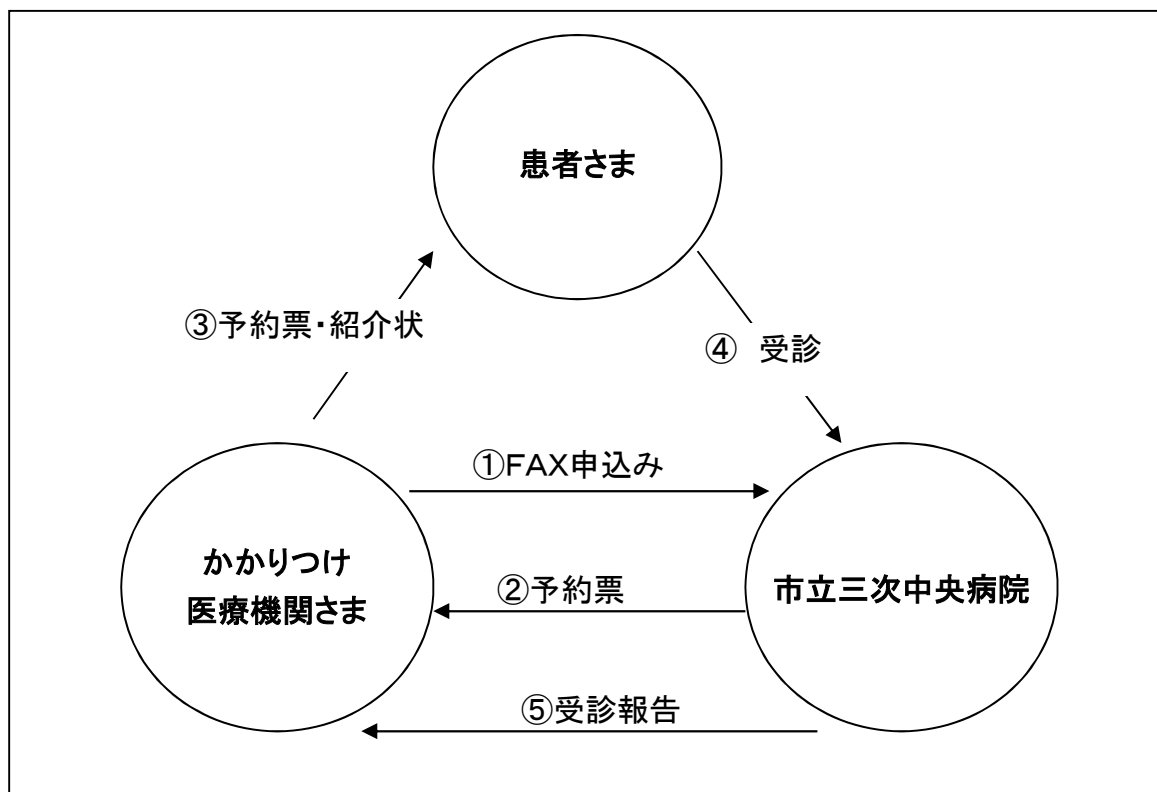
**地域医療連携室専用FAX 0824-65-0159**

**【予約受付時間】 平日 8:30 ~ 17:00**

※予約受付時間外でもFAXを送信していただくことは可能ですが  
当院からの返信は翌開院日以降の対応となります。

※診療情報提供書の作成が後日になられる場合は、お手数ですが改めて  
FAXをお願いいたします。

2. 原則として20分程度で「受診予約票」をFAXで返信いたします
3. 「受診予約票」と診療情報提供書他一式を患者さまにお渡しください



市立三次中央病院・地域医療連携室 行

専用FAX **0824 - 65 - 0159**

直通TEL 0824 - 65 - 0239

### 地域医療連携予約申込FAX用紙

ふりがな	
患者氏名	女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )
住所	〒
電話番号	( ) -

移動方法	ストレッチャーで来院されますか? はい ・ いいえ
ID番号	市立三次中央病院の診察券をお持ちの方 - -

※PCR検査のため、事前に保険情報の提供をお願いします。  
別添で保険証コピーをFAX送付いただいても構いません。

保険情報	記号	番号
	保険者番号	
	名称	
	本人 / 家族	本人 ・ 家族
公費情報	負担割合	3割 ・ 2割 ・ 1割
	公費負担番号	
	受給者番号	
	資格所得年月日	
	有効期限	

診療科	産婦人科
医師指定 (指定なしの場合は無記入でお願いします)	
受診希望日 (希望なしの場合は無記入でお願いします)	
①	月 日 ( )
②	月 日 ( )
帰省日	月 日

紹介目的	分娩および周産期管理
分娩予定日 :	年 月 日
(特記事項)	

※PCR検査で来院される際に使用されるお車について  
予約日の前開院日に、患者様へお電話でうかがいます。

来院情報	車種	色	ナンバー

申込年月日 年 月 日

※この用紙は診療情報提供書にはなりませんので、  
患者様には別途、診療情報提供書をお渡しく下さい。

紹介元医療機関	◎所在地・名称・紹介医師名をご記入ください。
	(電話番号) (FAX番号)