

# 妊婦のみなさまへ



このたびは、当院にお問合せをいただきまして、誠にありがとうございます。  
当院では分娩を『予約制』とさせていただいております。  
里帰り分娩をご希望される方は、下記の里帰り分娩申込み書の提出をお願いします。  
後日、お返事させていただきます。

## 〔入院期間と費用について〕

正常分娩の場合：分娩日を含め6日間 個室 約47万円～

※上記料金には、産科医療保障制度保険料（¥30,000）・新生児聴力検査（¥5,250）

先天性代謝異常症検査（¥12,000/血液および尿による検査）が含まれます。

※時間外問外・深夜・休日は、別途加算がございます。

※診察は、完全予約制となります。

## 里帰り出産 申込書

申 込 日 年 月 日

分娩予定日 年 月 日（初産・経産 回目 / 帝王切開経験 有・無）

診察券番号 ※以前当院にて受診された方のみ

ご 氏 名



ご 住 所

ご 連 絡 先 携帯電話 自宅電話

ご 質 問 身長 cm / 体重（妊娠前 kg）（妊娠後 kg）

既往症

上記必要事項をご記入の上、FAXをお願いいたします。後日ご連絡をさせていただきます。

FAX 092-922-8239



医療法人・エンジェル会

ながかわ産婦人科