

豊川市民病院バースセンターで 分娩することの同意書

豊川市民病院バースセンターについて説明を受け、十分理解したうえでバースセンターでの分娩を希望します。

年 月 日

本人

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

配偶者または保証人

氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

途中でバースセンターでの分娩についてお気持ちが変わった場合は、いつでもお申し出下さい。

年 月 日 (妊娠 20 週頃)

バースセンターのご案内に基づき、ご説明いたしました。

医師

氏名 _____

助産師

氏名 _____

豊川市民病院バースセンターで 分娩することの同意書

豊川市民病院バースセンターについて説明を受け、十分理解したうえでバースセンターでの分娩を希望します。

年 月 日

本人

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

配偶者または保証人

氏名 _____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

途中でバースセンターでの分娩についてお気持ちが変わった場合は、いつでもお申し出下さい。

年 月 日 (妊娠 36 週)

バースセンターでの分娩可能と判断し、バースセンターでの分娩を許可いたします。

医師

バースセンター担当助産師

氏名 _____

氏名 _____