

分娩予約に関する説明内容への承諾書

兼分娩予約の本予約依頼書

分娩予約の数を制限する目的について

当院では毎月お受けする分娩予約の数の制限を設けております。

目的: 満足していただけるお産と、その後の十分な管理の提供

そのために必要な制限であることをご理解くださいますようお願いいたします。

分娩予約金について

原則 12 週までに、分娩予約金として 10 万円をお預かりしております。この 10 万円はご退院精算時に総額より差し引きいたします。

※1ご主人様やお子様の立ち会い分娩及び面会について、新型コロナウイルスやインフルエンザ等感染症が流行している時期は禁止または制限させていただく場合がございます。

分娩予約キャンセル時の予約金の取り扱いについて

医学的理由による転院などをはじめ分娩予約キャンセルの理由が医学的なものである場合につきましては、予約金は全額返金いたしますのでご安心ください。また 12 週以降に残念ながら流産されてしまった場合も、入院・処置費用からお預かりした予約金 10 万円を差し引きいたします。

その他の理由(ご家庭の都合や上記※1の制限等により立ち会いが不可能となった場合)においての転院などを理由としたキャンセルにつきましては、ご妊娠週数にかかわらず、また予約金お預かり前でありましても、10 万円のキャンセル料を請求させていただいております。恐れ入りますが予めご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

尚、電話で予約された方は**必ず当日中に**、以下に自署でご記入の上、FAX をお願いいたします。この FAX をいただくことで分娩予約確定となりますので必ずお送りください。

矢内原医院 理事長 矢内原 敦 殿

記入日 年 月 日

出産予定日 年 月 日

私は上記の説明について、内容を理解し承諾します。

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご連絡先 _____ - _____ - _____

送信先 FAX 番号 0467-45-0123