

4D エコー問診票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前：	生年月日：S・H・R 年 月 日 (歳)
ご住所：〒	
ご連絡先：	
メールアドレス（任意）：	

分娩予定日 年 月 日

ご希望の端末はどちらになりますか。（マルをつけてください。）※端末代は料金に含まれています。

DVD

・

USB

4D エコーについての意思確認

4D エコーを行うにあたって、当院のスタッフにどのように対応してほしいかを教えてください。

1. 性別の確認

知りたい 知りたくない

2. 偶然に赤ちゃんの病気が疑われるような所見があった場合

知りたい 知りたくない

裏面へ続きます

同意書

1. 今回の撮影は、あくまでも赤ちゃんの様子を楽しんでいただくためのものです。赤ちゃんの状態を診る胎児診断等は原則として行いません。ご希望の方は、胎児ドックを受診してください。
2. 赤ちゃんの向きや羊水量によっては十分にお顔などを撮影できない場合がありますが、時間内で撮影できる範囲で行わせていただきますことをあらかじめご了承ください。
3. 録画するデータのお渡しは当院でご用意させていただいているものにお入れいたします。
端末お渡し後のデータ破損・紛失等によるデータの入れ直しは対応出来かねますのでご了承ください。

新宿南口レディースクリニック

院長 市田知之

上記の内容について同意いただけましたら、ご署名をお願い致します。

____年 月 日

お名前 _____