

妊婦情報事前登録届出書

年 月 日

井原市長 様

(届出者)

住所 市

氏名 (妊婦との続柄:)

次のとおり届出いたしますので、緊急時の搬送について、よろしくお願ひします。
また、この届出書を井原地区消防組合へ情報提供することに同意します。

ふりがな		生年 月日	年 月 日 (歳)	母子健康 手帳番号	番号 () 発行市町村名 ()
妊婦氏名					
住 所	市 (世帯主氏名: 続柄:)				
居住地 (出産時等)	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 異なる場合、以下をご記入ください。(井原市及び矢掛町内の場合のみ対象) 市・郡 (世帯主氏名: 続柄:)				
電話番号	本 人				
	緊急連絡先①	(氏名: 続柄:)			
	緊急連絡先②	(氏名: 続柄:)			
出産予定日	年 月 日				
出 産 歴	<input type="checkbox"/> 初産婦 <input type="checkbox"/> 経産婦 (今回第 子) 前回出産時の状況 ()				
妊婦健診 機関	医療機関名: (担当医:) 電話番号:				
分娩予定 機関	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 異なる場合、以下をご記入ください。 医療機関名: (担当医:) 電話番号:				
(医師からの指示事項、持病、内服薬等)					

<留意事項>

- 搬送先医療機関は、分娩予定医療機関としますが、容態等により他の医療機関へ搬送となる場合があります。
- 本届出書における登録情報は、出産予定日から1か月経過後、井原地区消防組合の登録台帳より消去します。
- 住所や分娩機関等の変更があった場合は、登録情報の変更が必要ですのでご連絡ください。

【連絡先】 井原市健康医療課 電話 0866-62-8224

消防記入欄	通信処理	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 削除
市町記入欄	登録番号	出産日: 年 月 日	搬送: 有 ・ 無

