妊婦情報事前登録届出書

年　　月　　日

井原市長　様

出産サポート 119 の利用にあたり、次のとおり届出します。
また、この届出書および緊急時の搬送状況について井原地区消防組合と情報共有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 （申請者）					
住　所	市 （世帯主氏名：　　続柄：　）				
居住地 （出産時等）	☐同上　☐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	☐初産婦 ☐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	☐同上　☐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	☐入力　☐削除		
市町記入欄	登録番号		出産日：　年　月　日	搬送：　有　・　無

経過記録