

糸魚川市妊婦情報事前登録届出書

令和 年 月 日

糸魚川市長 様

(届出者)

住所

妊婦との続柄

氏名

()

緊急時の搬送を希望するため、次のとおり届出いたします。

また、この登録情報を糸魚川市消防本部へ提供することに同意します。

登録番号

登録妊婦氏名	フリガナ		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ()歳		
出産予定日	令和 年 月 日	出産経歴	初産婦・経産婦(第 子目)
登録者住所 ※市外の方が登録する 場合は、里帰り先が糸 魚川市の場合のみ登録 可能です。	(住民登録先)※市外の方は記入不要です。 糸魚川市		
	(里帰り先住所 世帯主:)様方 糸魚川市		
連絡先	登録者本人	電話番号:	
	緊急連絡先 ①	電話番号:	続柄:
	緊急連絡先 ②	電話番号:	続柄:
医療機関 ※出産予定医療機関が 受診医療機関と同じ場 合は、出産予定医療機 関のみ記入してください。	(出産予定医療機関名) ☎ ()		
	(受診医療機関名) ☎ ()		
医師からの 指示事項等			

※届出者欄及び太線内に記入し押印してください。
 ※搬送先医療機関は、出産予定医療機関となりますが、出
 産予定医療機関と連絡を取り、搬送先が変更となる場合
 があります。
 ※登録していただいた個人情報は、緊急時のみ使用し、出産
 された方及び出産予定日を1ヶ月過ぎた時点で登録を削除
 します。

上記の届出内容に変更が生じた場合は、
こども家庭課親子健康係へご連絡ください。

☎ 025-552-1511

こども家庭課受付

消防本部確認

登録者へ写し渡し済み

消防本部送付

こども家庭課へ受領連絡

指令台入力