

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			
<p>※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、 <u>こども課親子健康係</u>へご連絡ください。 ☎ 025-552-1511</p>	こども課受付	消防本部確認	
	<input type="checkbox"/> 登録者へ写し渡し済み <input type="checkbox"/> 消防本部送付	<input type="checkbox"/> こども課へ受領連絡 <input type="checkbox"/> 指令台入力	