

十日町市出産安心サポート 119（妊婦情報事前登録制度）
登録届出書

十日町市長 様

妊婦の緊急時搬送に係る内容について、次のとおり届出いたします。
また、この登録情報を十日町地域消防本部へ提供することに同意します。

| | | | |
|--|---|--|---------------|
| 登録番号 | ※太線内を記入してください。 | | |
| 登録妊婦氏名 (届出者) | フリガナ | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (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、里帰り先が十日町市の場合に登録できます。 | (登録者住所) 十日町市 (行政区) (里帰り先住所 世帯主: 様方) 十日町市 (行政区) | | |
| 連絡先 | 登録妊婦本人 | 電話番号: | |
| | 緊急連絡先① | 氏名: | 続柄: |
| | | 電話番号: | |
| | 緊急連絡先② | 氏名: | 続柄: |
| | | 電話番号: | |
| 医療機関 | (出産予定医療機関名) | | |
| | (受診医療機関名) ※上記医療機関と違う場合のみ記入 | | |
| 出産に関する医師からの指示や既往 | | | |
| ※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、緊急時のみ使用し、出産予定日から1か月経過した後に登録を削除します。 上記の届出内容に変更が生じた場合は、 健康づくり推進課母子保健係へご連絡ください。 ☎ 025-757-9759 | | (健康づくり推進課受付) | (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 (/) | |