

妊婦事前登録者情報届出書【ママ・サポート119】

整理番号

令和 年 月 日

日高西部消防組合富川消防署

署 長 様

(届出者)

住 所

氏 名

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。

登録者情報	住 所			
	氏 <small>ふりがな</small> 名			
	生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日
	住 民 登 録	世帯主		世帯主から みた続柄
連 絡 先	本 人	(自宅)	(携帯)	
	緊 急 連 絡 先	(氏名)	(続柄)	
		連絡先(携帯・職場)		
妊 娠 情 報	出 産 予 定 日	令和	年	月 日
	出 産 経 歴	<input type="checkbox"/> 初産婦 <input type="checkbox"/> 経産婦(今回第 子) 前回出産の状況 ()		
医 療 機 関	出 産 予 定 医 療 機 関 名			
	電 話 番 号			
	担 当 医 師 名			
備 考	(医師からの指示事項等)			
所属受付欄	本部受付欄	処理状況	削 除	処 理 欄
		<input type="checkbox"/> 本人説明 (説明者:)		<input type="checkbox"/> 抹消申請(令和 年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 本部提出		<input type="checkbox"/> 期間経過による抹消
		<input type="checkbox"/> 登録カード 渡し済み		出産日 令和 年 月 日出産

※ 太線内の記入をして下さい。

※ 担当医師が未定の場合は「未定」と記入し、担当医師が決まりましたら、下記へご連絡下さい。また、登録していることを担当医師に報告して下さい。

※ 搬送先医療機関は、出産予定医療機関となりますが、容態等により他の医療機関へ搬送する場合があります。

※ 転居、町外転出や出産された場合は登録の変更・削除をいたしますので、下記へご連絡下さい。

※ 妊婦事前登録者情報につきましては、ママ・サポート119以外には使用いたしません。また、本サポートが終了した場合は登録されている情報は削除いたします。

【連絡先】 富川消防署 電話 2-1521