

羽幌町妊婦情報事前登録届出書

羽幌町安心出産サポート119

羽幌町長・羽幌消防署長 様

(届出者)

住 所

氏 名

印

妊婦との関係
()

次のとおり届出ますので、緊急時の搬送について、よろしくお願ひします。

登 録 番 号	—		
登 録 妊 婦 氏 名	フリガナ 氏 名		
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日生 (歳)
分 娩 予 定 日	平成	年	月 日予定 (妊娠 ヶ月 週) 第 子 目
登 録 者 住 所 ※町外の方が登録する 場合は、里帰先が羽 幌町の場合のみ登録 可能です。	(住民登録先)		
	☎	-	-
	(里帰先住所)		
	☎	-	(様方)
電 話 番 号 (緊 急 連 絡 先)	本人	-	-
	家族	-	- 氏名： 関係：
	その他連絡先	-	- 氏名： 関係：
医 療 機 関 名 ※出産医療機関が受診 医療機関と同じ場合 は、出産医療機関の み記入して下さい。	(出産医療機関)		
	医療機関名：		
	住所：		
	☎	-	-
	(受診医療機関)		
	医療機関名：		
	住所：		
	☎	-	-
特 記 事 項 ※医師からの指示事項			
実施にあたり、関係職員に登録者届出の個人情報を提供する事に同意します。 本事業を起因とする事故以外は自己責任とし、町等(消防・医療機関等)は責任を負わない事に同意します。 平成 年 月 日 届出者氏名			

※太枠内を記入して下さい。

※搬送先の医療機関は、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、搬送先が変更になる場合があります。

※この登録をした場合は、必ず担当医師にお知らせ下さい。

※登録いただいた個人情報は本事業以外に使用しません。

※転居や町外へ転出された場合は、羽幌町役場健康支援課保健係までご連絡願ひます。

羽幌町役場健康支援課保健係 62-6020
羽幌消防署 62-1246

町受付	消防受付