

阿賀町妊婦情報事前登録等届出書

令和 年 月 日

阿賀町長 様

届出者 住所

妊婦との続柄

氏名

()

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、この登録情報を阿賀町消防本部へ提供することに同意します。

※届出者欄及び太線枠内を記入してください

登録番号

—

登録妊婦氏名	フリガナ	区分 (注1,2)	新規・変更・取り下げ
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)
医療機関	出産予定医療機関名		
	電話番号 — —		
	受診医療機関名 ※上記医療機関と違う場合のみ記入		
	電話番号 — —		
帝王切開	前回の妊娠・出産時の異常	既往歴	
無・有 (回)	無・有 ()	無・有 ()	
登録者住所 ※里帰りの方は、 下段に現住所を記入	阿賀町 (世帯主名： 様)		
連絡先 緊急連絡先①は出産 予定医療機関に来て いただける方を優先 し記入	登録者本人	自宅 携帯	— — — —
	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		— —	

注1：内容に変更が生じた場合は、再度届出をお願いします。

注2：取り下げは、妊婦氏名・生年月日・住所のみ記入してください。

※搬送先は、出産予定医療機関となりますが、妊婦の状態等により、搬送先が変更になる場合があります。

※この用紙は、四つ折りにして母子手帳に挟んでおいてください。

※この用紙は、出産終了後に破棄してください。

※登録された個人情報、出産予定日を1か月過ぎた時点で削除します。

阿賀町受付

【事務処理欄】

☐ 消防本部へ写しを送付 (送付日： 月 日)☐ 消防本部から受付連絡 (受付日： 月 日)