

妊婦情報事前登録者届出書

新冠町長・日高中部消防組合消防署新冠支署長 様

届出日 年 月 日

(届出者) 住 所 新冠町字

氏 名 ⑩

(登録者との関係：)

次のとおり情報提供いたしますので、下記医療機関への搬送についてよろしくお願いします。

※下記の太枠内のみご記入ください。

登録者妊婦情報 ・現住所 ・里帰り先	現住所	新冠町字		
	ふりがな氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住民登録	世帯主名	世帯主との続柄：	
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)		
医療機関	通院及び 出産予定 病院	住所： 電話： 名称： 担当医師名：		
		住所： 電話： 名称： 担当医師名：		
妊娠情報	出産予定日	平成 年 月 日頃		
	過去の 妊娠歴	出産回数 回 普通分娩 回 帝王切開 回 前回妊娠・出産時の状況 (問題なし・あり) 「あり」の場合簡単に経過を記載		
備考	(既往歴・現在の妊娠経過・医師からの指示事項 等) ※血液系の病気の有無；特になし・B型肝炎・B型肝炎キャリア(HBs抗原陽性) その他 ()			
町受付欄	消防收受欄	処理状況	削除	
		本人説明 ☐ 消防提出 ☐ ハイヤー提出 ☐		平成 年 月 日出産