妊 婦 情 報 事 前 登 録 者 届 出 書　**＜**安心出産ｴﾝﾄﾘｰｼｽﾃﾑ１１９**＞**

**小清水町長　・　小清水分署長　様　　　　　　（届出者）**

**届出日　　　　　　年　　　月　　　日**

**住　所**

本人との関係

**氏　名　　　　　　　　　　　　（　　　）**

　　**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。**

|  |  |
| --- | --- |
| **登録者妊婦氏名** |  |
| **生 年 月 日** |  **昭和・平成　　　年　　月　　日生　　　　（　　　　歳）** |
| **分娩予定日** | **令和　　年　　月　　日予定　　（妊娠　　ヶ月　　週）　第　　子目** |
| **登録者住所**※町外者は、里帰先が小清水町の場合に限り登録可能 | **（住民登録先）****☎** |
| **（里帰先住所）小清水町****☎** |
| **電話番号（携　帯）** | **本人　　　　　―　　　　―****家族　　　　　―　　　　―　　　　　　氏名:　　　　　　　　関係:** **上記以外連絡先（　　　－　　　－　　　　）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出産医療機関のみを記入 | **（出産医療機関）****☎** |
| **（受診医療機関）****☎** |
| **特 記 事 項**※医師からの指示事項 |  |
| **安心出産エントリーシステム１１９を実施するにあたり、関係職員が登録者届出の個人情報を得る****ことに同意します。** 令和　　年　　月　　日**届出人氏名** |
| **収　　受　　欄** | **処　　　理　　　欄** | **ｴﾝﾄﾘｰｼｽﾃﾑ登録番号** | **―** |
|  | **上記のとおり届出書を受理いたしました。****※搬送先の医療機関は、出産予定医療機関としておりますが、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ください。****※登録いただいた個人情報は救急時対応のみに使用し、出産予定日の３週間を****過ぎた時点でシステムより削除します。****※町内での転居や町外へ転出された場合、また出産されました場合は、登録の****変更や削除を致しますので、小清水町役場　保健福祉課健康推進係まで連絡****をお願いいたします。****（小清水町役場　保健福祉課健康推進係　☎０１５２－６２－４４８０）** |
| **通信入力** | **通信削除** |
|  |  |