

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 _____

氏 名 _____ (_____) 本人との関係

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ひします。

※下記の太枠内のみご記入ください。

登録者妊婦氏名	ふり がな 名 前
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 <small>※町外者は、里帰先が小清水町の場合に限り登録可能</small>	(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 <small>※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</small>	(出産医療機関) ☎ _____
	(受診医療機関) ☎ _____
特記事項 <small>※医師からの指示事項</small>	
<p align="center">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。</p> <p align="center">平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 届出人氏名 _____</p>	

収 受 欄	処 理 欄	エントリーシステム登録番号	—
通信入力	通信削除	<p>上記のとおり届出書を受理いたしました。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p align="center">(小清水町役場 保健福祉課健康推進係 ☎0152-62-4480)</p>	