

大野市妊婦情報事前登録届出書

受付番号

令和 年 月 日

大野市長 様

(届出者)

住所

妊婦との続柄

氏名

()

次のとおり届出いたしますので、緊急時の搬送について、よろしくお願ひします。

また、この登録情報を大野市消防署へ提供することに、同意します。

| | | | |
|--|------------------------------|-------------|------------------------|
| 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) |
| 出産予定日 | 令和 | 年 | 月 日 出産経歴 初産婦・経産婦(第 子目) |
| 登録者住所 | (住民登録先) ※市外の方は記入不要です。 大野市 | | |
| ※市外の方が登録する場合は、里帰り先が大野市の場合のみ登録可能です。 | | ☎ | - - |
| | (里帰り先住所) 大野市 | | |
| | (様方) | ☎ | - - |
| 電話番号 | 本人 | - - | |
| | 緊急連絡先① | - - | 氏名: 続柄: |
| | 緊急連絡先② | - - | 氏名: 続柄: |
| 医療機関 | (出産予定医療機関名) | | |
| ※出産予定医療機関が受診医療機関と同じ場合は、出産予定医療機関のみ記入して下さい。 | | ☎ | - - |
| | (受診医療機関名) | | |
| | | ☎ | - - |
| 医師からの指示事項等 | | | |
| ◎上記の届出内容(氏名・住所・医療機関等)に変更が生じた場合は、下記の大野市子ども家庭センターへご連絡ください。 | | 子ども家庭センター受付 | 消防署確認 |
| ※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。 ※登録していただいた個人情報、緊急対応時のみ使用し、出産予定日の1か月を過ぎた時点で、登録を削除します。 | | | |

【大野市子ども家庭センター】

☎ 0779-64-5533

【大野市消防署】

☎ 0779-66-0119