沼 田 町 妊 婦 情 報 事 前 登 録 者 届 出 書**＜**安心出産サポート１１９**＞**

**沼田町長　様**

**深川地区消防組合深川消防署長　様**

**深川地区消防組合沼田支署長　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**  ※町外者は里帰り先が沼田町の場合に限り登録可能 | | **（住民登録先）　沼田町**  **☎** | | |
| **（里帰先住所）　沼田町**  **☎** | | |
| **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 | |  | | |
| **安心出産サポート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** | **登録整理番号** | **―** |
|  | | 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１か月を  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等は登録の変更や削除を致しますので保健福祉課まで連絡をお願いします。  【保健福祉課　☎０１６４‐３５‐２１２０】 | | |
| **通信入力** | **通信削除** |
|  |  |