

妊婦事前登録者情報届出書

美幌消防署
署長

様

(届出者)

現住所

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取り計らい願います。

登録者氏名	(ふりがな) 名 前
生年月日	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
(母体状況等)	分娩予定日 第 子 令和 年 月 日 (妊 娠 カ月又は 週)
登録者住所 電話番号 (携帯等)	美幌町字 自宅 TEL 携帯 (本人) 携帯 (家族等)
出産予定医療機関又は 受診医療機関	
担当医師名	
備 考 (医師からの指示事項等)	
収 受 欄	処 理 欄
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>* 搬送先医療機関は、出産予定医療機関としていますが、 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、必ず担当医にお知らせください。</p> <p>* 町内での転居、町外への転出された場合、また出産されま したら登録の変更・削除をいたしますので消防署まで連絡 してください。</p> <p>(☎ 消防本部グループ 警防・救急担当 73-1434)</p>