

**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 令和 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<br>名 前               |
| 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<br><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)<br><br>☎          |
|   | (里帰先住所) 小清水町<br><br>☎     |
| 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<br><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)<br><br>☎         |
|   | (受診医療機関)<br><br>☎         |
| 特記事項<br><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>令和 年 月 日 届出人氏名 _____ (印)</p> |                           |

| 収 受 欄 | 処 理 欄  | エントリーシステム登録番号  | — |
|-------|--|--|---|
|       | <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>             |  |   |
| 通信入力  | 通信削除   | <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> |  |   |