

様式第1号（第5条関係）

妊婦事前登録者情報届出書

登録番号

年 月 日

湯河原町長 様

(届出者)

住 所

氏 名

㊞

第5条第1項の規定により、次のとおり提出します。

また、この届出書を湯河原町消防署へ提供することに同意します。

|         |                   |  |       |
|---------|-------------------|--|-------|
| 登 録 者   | 住 所               |  |       |
|         | ふ り が な           |  |       |
|         | 氏 名               |  |       |
|         | 生 年 月 日           | 年 月 日 ( 歳 )  |       |
| 連 絡 先   | 本 人               | (自宅) (携帯)  |       |
|         | 緊 急 時             | (氏名) (続柄)<br>電話番号 (携帯・職場)  |       |
|         |                   | (氏名) (続柄)<br>電話番号 (携帯・職場)  |       |
| 妊 婦 情 報 | 出 産 予 定 年 月 日     | 年 月 日  |       |
|         | 出 産 経 緯           | <input type="checkbox"/> 初産婦<br><input type="checkbox"/> 経産婦 (今回第 子)<br>前回出産時の状況 ( ) |       |
| 医 療 機 関 | 出 産 予 定 医 療 機 関 名 |  |       |
|         | 電 話 番 号           |  |       |
|         | 主 治 医 等 氏 名       |  |       |
| 備 考     | (主治医等からの指示事項等)    |  |       |
| 受付年月日   | 登録年月日             | 抹消年月日  | 出産年月日 |
| 年 月 日   | 年 月 日             | 年 月 日  | 年 月 日 |

備考

- (1) 主治医等が未定の場合は「未定と記入し、後日決まりましたら連絡してください。
- (2) 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、搬送先の医療機関が変更になる場合があります。
- (3) この届出書の内容に変更が生じたときは、速やかに妊婦事前登録者情報変更届出書を保健衛生主管課に提出してください。
- (4) この届出書による登録は、出産したとき、出産予定年月日から1月を経過したとき又は転出したときに抹消します。