

江田島市妊婦事前登録者情報届出書

年 月 日

江田島市長 様

(届出者)

住 所 _____

氏 名 _____

江田島市出産サポート119実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

登録者情報	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 里帰り	〒		
	連絡先	自宅電話	携帯電話		
緊急連絡先	①	ふりがな	続 柄		
		氏 名			
		連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場		
	②	ふりがな	続 柄		
		氏 名			
		連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場		
妊婦情報	出産予定日	年 月 日			
	出産経歴	<input type="checkbox"/> 初産婦 <input type="checkbox"/> 経産婦（今回第 子）			
		【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				
	担当医師名				
備考 [医師からの指示事項、持病、内服薬等]					
事業を利用する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックしてください。		<input type="checkbox"/> 容態等により他の医療機関へ搬送する必要があることに同意します。 <input type="checkbox"/> この届出書の情報を江田島市消防本部と共有することに同意します。			
子育て支援課			出 産 日		
<input type="checkbox"/> 登録者への写し手交済み <input type="checkbox"/> 消防本部への提供済み			年 月 日		
			処 理 欄		

※ 担当医師が未定の場合は「未定」と記入し、担当医師が決まり次第、連絡すること。

※ 市内に転居した場合、市外に転出した場合又は出産した場合は、連絡すること。

【連絡先】江田島市福祉保健部子育て支援課 0823-42-2852