標津町緊急出産サポート事業 妊婦情報事前登録者届出書

年　　　月　　　日

標 津 町 長　　様

（届出者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先

※太枠内のみご記入ください。

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録妊婦氏名 | (フリガナ)  氏　名　　　　　　　　　　　　　　TEL | |
| 生　年　月　日 | 年　　　　　月　　　　　日生（　　　　歳） | |
| 出 産 予 定 日 | 年　　　　　月　　　　　日 予定  （妊娠　　　　　ヶ月　　　　　週での出産）　　第　　　子 | |
| 住所・連絡先 | 住民登録地 | 住　所： |
| ＴＥＬ： |
| 里帰り先 | 住　所： |
| 世帯主：　　　　　　　　　　TEL |
| 家族等連絡先① | (フリガナ)  氏　名：　　　　　　　　　　　　　（妊婦との関係：　　　　　 　）  ＴＥＬ： | |
| 家族等連絡先② | (フリガナ)  氏　名：　　　　　　　　　　　　　（妊婦との関係：　　　　　　 ）  ＴＥＬ： | |
| 医　療　機　関  ※出産医療機関と受診医療機関が同じ場合は出産医療機関のみ記入してください。 | 出産医療機関：  担当医師名：　　　　　　　　　　TEL： | |
| 受診医療機関：  担当医師名：　　　　　　　　　　TEL： | |
| 不妊治療の有無 | 無　　・　　有 | |
| 合併症の有無 | 無　 ・ 　高血圧　 ・ 　糖尿病　 ・ 　喘息　 ・ 　貧血  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 胎児数 | 単胎　 ・ 　多胎（　　　） | |
| 胎　　　　　位 | 頭位　 ・　 骨盤位（逆子） | |
| 過去の分娩様式 | 自然経膣　　 回 ・ 帝王切開　 　回 ・ その他（　　　 　　　　） | |
| 医師からの指示事項  又は妊娠経過の異常等 |  | |
| 受付印 | 上記のとおり届出書を受理しました。  ※搬送医療機関は町立中標津病院又は町立別海病院としておりますが、出産予定機関と連絡を取り、搬送先が変更と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、医療機関にお知らせください。  ※町内での転居や町外へ転出された場合、または出産された場合は、登録の変更・削除をいたしますので保健福祉センター子育て支援担当（TEL82-1515）までご連絡をお願いいたします。  ※登録いただいた個人情報は緊急時対応のみに使用し、出産予定の日から1ヶ月を経過した時点で登録情報を抹消します。 | |
|  |
| 登　録　番　号 |
| － |