

# 妊婦事前登録者情報届出書

厚岸消防署長 様  
(厚岸町保健福祉課健康推進係経由)

(届出者)

住 所 厚岸町 \_\_\_\_\_

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願ひします。

登録者氏名	(ふりがな) 氏 名
生年月日	生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
母体状況等	出産予定日 令和 年 月 日 (妊娠 ヶ月 又は 週) 第 子
登録者住所	厚岸町
電話番号	本 人 家 族
出産予定医療機関 又は受診医療機関 電話番号	
医師からの指示事項等	
受 付 欄	※ 経 過 欄

- 備考
1. 搬送先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、搬送先医療機関が変更になる場合があります。
  2. 町内での転居、町外へ転出された場合、登録の変更・削除をいたしますので厚岸消防署まで連絡してください。
  3. この届出書は出産予定日から1ヵ月を経過した時点で登録から抹消いたします。
  4. 上記に記載されている情報に必要な保護措置を行います。