ママ・アシスト１１９登録届出書

登録番号
３．

新ひだか町長様
日高中部消防組合消防署長様

届出日　令和　　年　　月　　日

届出者　□妊婦本人　□夫　□その他〔　　〕

▼太枠の中をご記入ください。

個人情報同意	□関係機関が登録情報を得ることに同意します。
ふりがな 妊婦氏名	
出産予定日	令和　　年　　月　　日　　第　　子
住所	＜現住所＞ 新ひだか町
	＜町内の里帰り先＞ 新ひだか町
電話番号	＜本人＞　　TEL（　　）　　－
	＜緊急連絡先①＞　TEL（　　）　　－ 氏名：　　続柄：
	＜緊急連絡先②＞　TEL（　　）　　－ 氏名：　　続柄：
医療機関名	＜通院医療機関＞ □新ひだか町立静内病院　□浦河赤十字病院　□苫小牧市立病院 □王子総合病院 □その他〔　　TEL（　　）　　－　　〕
	＜出産医療機関＞ □浦河赤十字病院　　□苫小牧市立病院　□王子総合病院 □その他〔　　TEL（　　）　　－　　〕 □未定　　□決定〔 追加日：令和　　年　　月　　日 〕
備考	＜医師からの指示事項・その他の情報＞ □なし　□あり〔　　〕

消防署収受印	健康推進課収受印	
		●登録された情報をもとに、登録医療機関へ搬送します。状態により搬送先が変更になる場合があります。 ●登録情報はママ・アシスト１１９のみに使用します。 ●登録内容に変更があった場合は、下記に連絡をお願いいたします。 ≪問い合わせ先≫ 新ひだか町保健福祉センター　健康推進課 TEL（0146）42-1287
□登録入力　□追加 □登録変更　□削除		