

ママ・アシスト119登録届出書

| |
|------|
| 登録番号 |
| 4. |

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 | <input type="checkbox"/> 関係機関が登録情報を得ることに同意します。 | | |
| 妊婦氏名 | (ふりがな) | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 歳 |
| 出産予定日 | 令和 | 年 | 月 日 第 子 |
| 住所 | <現住所> ※アパート名・部屋番号まで記載してください。 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> <input type="checkbox"/> 新ひだか町立静内病院 <input type="checkbox"/> 浦河赤十字病院 <input type="checkbox"/> 苫小牧市立病院 <input type="checkbox"/> 王子総合病院 <input type="checkbox"/> その他 [TEL () —] | | |
| | <出産医療機関> <input type="checkbox"/> 浦河赤十字病院 <input type="checkbox"/> 苫小牧市立病院 <input type="checkbox"/> 王子総合病院 <input type="checkbox"/> その他 [TEL () —] <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [] <里帰りの有無> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時期： 年 月 日頃～ | | |
| 消防署收受印 | 健康推進課收受印 | ●登録された情報をもとに、登録医療機関へ搬送します。 <u>状態により搬送先が変更になる場合</u> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 登録入力 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 登録変更 <input type="checkbox"/> 削除 | | | |