

緊急時に備えた妊婦情報連携支援申請書

年 月 日

羅臼町長 様

(申請者) 住 所
氏 名
連絡先

下記のとおり、関係機関への情報提供に同意いたします。

申請妊婦氏名	(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 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 <small>※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。</small>	出産医療機関 :		
	担当医師名 :	TEL :	
	受診医療機関 :		
	担当医師名 :	TEL :	
胎 児 数	単胎 ・ 多胎 ()		
既往歴 (合併症) の有無	無 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 貧血 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。 ※羅臼町消防署及び知床らうす国保診療所、町立中標津病院へ情報提供いたします。 ※搬送医療機関は基本的に町立中標津病院となりますが、出産予定機関等と連絡を取り、搬送先が変更となる場合があります。 ※この情報提供に同意した場合は、必ず担当医師、医療機関にお知らせください。 ※転居した場合や妊娠経過の異常等で医師から指示事項があった方は、登録の変更をいたしますので保健福祉課(TEL87-2161)までご連絡をお願いいたします。 ※情報提供の内容は緊急時対応のみに使用し、転出や出産が把握できた段階で抹消いたします。		

※太枠内のみご記入ください。