出産サポート１１９事前登録届出書

届出日　　年　　月　　日

珠洲市長

（届出者）
住　所
氏　名
連絡先
（登録者との関係：　　）

出産サポート１１９事前登録届出書を次のとおり提出します。
また、この届出書の情報を関係機関に提供することに同意します。

登録者	住所	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年　月　日（　歳）
	里帰り先の有無	有　・　無
	里帰り先住所	（世帯主）
連絡先	本人	（携帯）　（自宅）
	緊急時	氏名　（続柄） 電話番号（携帯） （職場）
妊婦情報	出産予定年月日	年　月　日予定
	出産経緯	□初産婦　□経産婦（今回第　子） 以前の出産時状況 （　）
	病歴の有無	有　（病名：　） （医療機関：　） 無
	内服薬の有無	有　（薬名：　） （医療機関：　） 無
	ｱﾚﾙｷﾞｰの有無	有　（　）・　無
医療機関等	出産予定医療機関	
	電話番号	
	主治医名	
備考		

※市記入欄	登録年月日	登録番号	属性
		珠　－	□市内・□里帰り