

出産サポート119事前登録届出書

届出日 年 月 日

穴水町長

(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 連 絡 先	(氏 名) (続柄) (電話番号) (携 帯 等)	
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:) ・ 無 (医療機関:)	
	内 服 薬 の 有 無	有 (薬名:) ・ 無 (医療機関:)	
	アレルギーの有無	有 () ・ 無	
医 療 機 関	かかりつけ医療機関	電話番号: 主治医:	
	出産予定医療機関	電話番号: 主治医:	
備 考	(医師からの指示事項、既往歴等)		
※町記入欄	登録年月日	登録番号	属性
		—	☐ 市内・ ☐ 里帰り

以下は注意事項となりますので、必ずご確認ください

1. 救急車による救急搬送は、通常の出産には適用されないため、ご家族であらかじめあらゆる事態を想定して、出産医療機関までの移動手段・移動方法を確認する必要があります。
2. 町が実施している妊産婦交通費等支援事業により、出産に要する交通費の助成や出産前に必要な宿泊費の助成を行っています。あらかじめ出産に向けた準備をするとともに、出産医療機関までの移動手段や宿泊施設等の確認をして下さい。
3. 救急車による搬送は、通常ではない状態（痛み、出血等）であり、かかりつけ医による救急搬送の指示があって行うものです。隊員が状態を確認し、かかりつけ医に救急車による搬送が必要か確認します。
4. 通報時若しくは救急隊員が状況確認した上で、かかりつけ医等との協議により救急車による搬送が無いと判断した場合は、救急車による搬送は行いません。
5. 激しい痛み、大量の出血、異常分娩等の明らかに緊急の場合は、かかりつけ医への連絡よりも119番通報を優先して下さい。家族や関係者が同席している場合は、かかりつけ医への連絡も同時に行って下さい。
6. 救急隊員は分娩の介助のみ行うことができます。また、救急車内での出産後の母子管理については、救急隊員は医療行為以外の処置を可能な範囲で行いますが、産後のリスクへの対応は限定的なものとなりますのでご承知おきください。
7. 異常分娩の可能性が高い状況下において、かかりつけ医療機関で受入れできない時は、かかりつけ医等の指示により選定された医療機関に搬送先が変更される場合があります。
8. 本事業に起因する以外の事故等については申請者の自己責任とし、関係する機関（市・消防・病院等）に責任を求めないことに同意していただく必要があります。
9. 次回、かかりつけ医療機関受診等の際に、登録済証を担当医等に提示して下さい。
10. 登録いただいた個人情報本事業以外に使用しません。登録内容に変更が生じた場合は、穴水町子育て健康課までご連絡願います。また、出産予定年月日から2週間過ぎた場合は、情報共有した事前登録届出書等について消防は自動的に廃棄することとなりますのであらかじめご了承ください。

上記の注意事項について同意します

氏名
