

## 産婦健康診査結果票

## ※ 産婦健康診査実施の医療機関等の方へ

令和6年4月1日以降に出産した方が対象です(令和6年度費用助成開始)。

ご本人が「大野城市産婦健康診査受診券」をお持ちでない場合、この用紙に記載後、ご本人に交付してください。費用助成の申請等に必要です。未実施の項目がある場合、助成の対象とならない場合があります。

産婦健康診査結果の本人控えは、母子健康手帳のP15『出産後の母体の経過』欄に記載をお願いします。

産婦氏名		TEL	
生年月日	年 月 日	出産日	年 月 日

## ▼実施機関が記入

1 回 目	健診年月日	年 月 日 (産後 日目)			
	血圧	/ mmHg			
	尿検査	蛋白: - ± + 2+ 3+	糖: - ± + 2+ 3+		
	体重	. kg			
	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否			
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否			
	悪露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否			
	こころの健康 チェック	EPDS( )点 【再掲⑩( )点】 <input type="checkbox"/> EPDS 未実施【理由: <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他( )】			
		赤ちゃんへの気持ち質問票( )点			
判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 要観察(市フォロー・自院フォロー) <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介(医療機関名: )				
2 回 目	健診年月日	年 月 日 (産後 日目)			
	血圧	/ mmHg			
	尿検査	蛋白: - ± + 2+ 3+	糖: - ± + 2+ 3+		
	体重	. kg			
	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否			
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否			
	悪露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否			
	こころの健康 チェック	EPDS( )点 【再掲⑩( )点】 <input type="checkbox"/> EPDS 未実施【理由: <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他( )】			
		赤ちゃんへの気持ち質問票( )点			
判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 要観察(市フォロー・自院フォロー) <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介(医療機関名: )				
市への連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 情報提供書送付済 【特記事項: ]				
健診実施機関の名称	所在地 担当医師 (担当助産師名)				