

大野城市 産婦健康診査受診券

| | | | | | |
|------------|-------|------|-------|--|--|
| 住民票のある市町村名 | 大野城市 | 産婦氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 出産日 | 年 月 日 | | |
| 住民票のある住所 | ☎ | | | | |

健診結果

☐該当欄にシをつけてください。

| | | | | | | |
|---|--|-------|---------|-------|--------------|-------|
| 健診種別 | ☐ 2週間健診 | | ☐ 1か月健診 | | | |
| 母の状態 | 体重 | kg | 尿検査 | 糖 | - ± + 2+ 3+ | |
| | 悪露 | ☐正 ☐否 | | 蛋白 | - ± + 2+ 3+ | |
| | 血圧 | / | 子宮復古 | ☐良 ☐否 | 乳房の状態 | ☐良 ☐否 |
| | EPDS | () 点 | うち質問10 | () 点 | 赤ちゃんへの気持ち質問票 | () 点 |
| 児の発育状況・栄養状態 | ☐良 ☐その他 () | | | | | |
| 判定 | ☐経過順調 ☐要観察 (☐当院フォロー・☐市町村フォロー) ☐他科・他院紹介 (医療機関名:) | | | | | |
| 産後ケア利用勧奨 | ☐要 (☐勧奨済) ☐否 | | | | | |
| 市町村への連絡事項 | ☐特になし ☐要指導 (☐訪問 ☐電話) _____ | | | | | |
| 健診年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 健診機関の名称 所在地 担当医師名 (担当助産師名) | | | | | | |