

大野城市 産婦健康診査受診結果票

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

☐ 該当欄にレをつけてください。

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		
	E P D S	() 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（ ☐ 勸奨済 ） ☐ 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）									