

※ 産婦健康診査実施の医療機関の方へ

ご本人が「福岡市産婦健康診査助成券」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。費用助成の申請に必要です。

未実施の項目がある場合、助成対象とならない場合があります。

産婦健診の結果（実施機関記入）

産婦の氏名		生年月日	年	月	日
1 回 目	受診年月日	年 月 日（産後 日）			
	血 圧	/ mmHg			
	尿検査	蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
	体 重	. kg	乳房の 状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	
	子宮復古	<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"/> 外国籍など内容の理解が難しい <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"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介（ ）			
2 回 目	受診年月日	年 月 日（産後 日）			
	血 圧	/ mmHg			
	尿検査	蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
	体 重	. kg	乳房の 状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	
	子宮復古	<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"/> 外国籍など内容の理解が難しい <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"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介（ ）			
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 担当医師名 (担当助産師名) 印			

(区保健福祉センター記入欄)

医療機関への確認		確認日	年	月	日
----------	--	-----	---	---	---