

1回目	2回目
-----	-----

飯塚市	嘉麻市	桂川町
-----	-----	-----

産婦健診結果票

【ご本人記入欄】

住所	飯塚市 ・ 嘉麻市 ・ 桂川町 ★受診日時点で「上記の市町に住民票のない方」は自己負担が発生しますので、ご注意ください。
産婦 ^{ふりがな} の氏名 (子の氏名)	子 ()
電話番号	— —
産婦の生年月日	年 月 日 (歳)
<input type="checkbox"/> 産婦健診の結果については市町村へ報告され、保健指導や支援に活用されることに同意します。	

【医療機関記入欄】

★未実施の項目がある場合、助成の対象とはなりませんので、ご注意ください。

出産日	年 月 日		
受診年月日	年 月 日 (産後 週 日)		
血 圧	/ mmHg		
尿検査	蛋白: - ± + ++ +++	糖: - ± + ++ +++	
体 重	. kg	乳房の 状態	良 ・ 否
子宮復古	良 ・ 否	悪露	良 ・ 否
こころの健康 チェック	・赤ちゃんへの気持ち質問票()点 ・エジンバラ産後うつ病質問票()点 → 「No10」の設問該当()点		
判 定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 産後ケア事業案内 <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介()		
市町への連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 情報提供 連絡済 特記事項:		
健診実施機関の名称	健診機関名: 所在地、連絡先 : 担当医師名 : (担当助産師名)		