

## ※ 産婦健康診査実施の医療機関等の方へ

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、助成の対象とならない場合があります。

### 産婦健診結果票 (実施機関記入)

|             |   |   |  |
|-------------|---|---|--|
| 1<br>回<br>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  |  |
|             | 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<br>チェック  | EPDS ( ) 点【再掲⑩ ( ) 点】<br><input type="checkbox"/> EPDS 未実施【理由： <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )】<br>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<br>回<br>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  |  |
|             | 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<br>チェック  | EPDS ( ) 点【再掲⑩ ( ) 点】<br><input type="checkbox"/> EPDS 未実施【理由： <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )】<br>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<br><input type="checkbox"/> 情報提供書送付済<br>【特記事項： _____】 |   |  |
| 健診実施機関の名称   | 所在地<br>担当医師名<br>(担当助産師名)  |   |  |
|             | 印   |   |  |