

区保健福祉センター保健所 御中

施設名：
担当者名：
電話：

下記のとおり情報提供をいたします。

産婦健康診査情報提供書

ふりがな 産婦の氏名 生年月日・職業 婚姻状況	年 月 日生 () 歳 職業： 既婚・未婚・入籍予定 (年 月頃)
夫・パートナーの氏名 生年月日・職業	年 月 日生 () 歳 職業：
ふりがな 児の氏名 生年月日	年 月 日生
住所	福岡市 区 電話番号 (自宅・実家・その他)
連絡先住所 (上記と異なる場合)	(様方) 電話番号 (自宅・実家・その他)
妊娠・出産の状況	・出産の回数 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (回目) ・既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 () ・分娩の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 () ・在胎週数 () 週 ・児の出生時体重 () g ・その他の特記事項 ()
精神科既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
かかりつけ小児科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名：)
産婦健康診査結果 ※EPDS, 赤ちゃんへの 気持ち質問票の写し を添付してください。	【2週間】受診日： 年 月 日 ・母体の状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 () ・授乳状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 () ・エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) <input type="checkbox"/> 合計点 () 点 <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上
	【1か月】受診日： 年 月 日 ・母体の状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 () ・授乳状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 () ・エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) <input type="checkbox"/> 合計点 () 点 <input type="checkbox"/> 項目10が1点以上
情報提供理由 (該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> , その他には具体的に記入)	<input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) の合計点数が9点以上で、支援が必要と判断される <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) の質問項目10が1点以上で、支援が必要と判断される <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票の合計点数が3点以上で、他の質問票と総合して、特に支援が必要と判断 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査受診時の状況から、継続した支援が必要と判断 <input type="checkbox"/> その他 (身体及び精神症状等) ※気になる症状や言動等があった場合は記載してください。 ()
保健福祉センターへの 連絡事項 (継続支援を要する状況)	家族構成 育児への支援者 無・有 ()
貴院での今後の対応	1 貴院にてフォロー〔電話訪問・健診 (月 日) ・その他 () 〕 2 他院・他科紹介〔医療機関名：) 〕 3 その他 ()
保健福祉センターへの 情報提供についての承諾	情報提供について承諾の有無 (承諾あり 承諾なし)