

## ※ 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 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 ( )】				
	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 ( )】				
	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	