

産婦健康診査結果票

※ 産婦健康診査実施医療機関等の方へ

ご本人が「春日市産婦健康診査補助券」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。

	産婦氏名			産婦生年月日	年 月 日	
	出産予定日	令和 年 月 日		出産日	令和 年 月 日	
1回目	受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日目)				
	血圧	/ mmHg				
	尿検査	尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	
	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"/> 良 <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"/> 通院中 <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	令和 年 月 日 (産後 日目)				
	血圧	/ mmHg				
	尿検査	尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	
	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"/> 良 <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"/> 通院中 <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"/> 情報提供書送付済み 【特記事項: () 】					
健診実施医療機関の名称	所在地 担当医師名 (担当助産師名)					