

1回目

2回目

嘉麻市

産婦健診結果票

【ご本人記入欄】

住所	嘉麻市 ★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。
ふりがな 氏名	
電話番号	
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。

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	・エジンバラ産後うつ病質問票()点 → 「No10」の設問該当()点 ・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"/> 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)