**阿波市産婦健康診査結果票（県外受診用）**

※徳島県阿波市に住民票がある人が対象となります。太枠内は、本人が記入します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子健康手帳番号 | | |  | | |
| 同　意　書 | 産婦健康診査の結果に基づき、阿波市が訪問等の事後指導を行う場合があります。また、医学的な統計に使用することがあります。以上のことに同意します。 | | | | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 昭和  平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 産婦氏名 |  | |
| 住　所 | 阿波市 | | 電　話 |  |

医療機関等の長　様

　　上記産婦の産婦健康診査の結果を下記にご記入お願いします。

阿波市長　　　　**①産婦健康診査　1回目　・　2回目**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診年月日 | | 年　　　月　　　日（産後　　　日） | | 出　産　日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 血　圧 | | kg | | 体　重 | | /　　　　　　mmHg |
| 尿　蛋　白 | | -　　±　　+　　⧺　　以上 | | 尿　糖 | | -　　±　　+　　⧺　　以上 |
| 診察・問診 | 子宮復古 | | １．良　２．否 | EPDS | | 点 |
| 悪露 | | １．生　２．否 | 再掲⑩ | | 点 |
| 乳房の状態 | | １．良　２．否 | 育児不安 | | １．なし　　２．あり |
| 生活環境 | | １．なし　　２．あり | 精神科の既往歴 | | １．なし　　２．あり |
| 授乳状況 | | １．良　　　２．否 | 精神科の服薬歴 | | １．なし　　２．あり |
| 特記事項 | １．阿波市へ連絡したいこと（１．なし　　２．あり）  ２．相談窓口等に関する情報提供  ３．当院で経過観察  ４．他科・他院への紹介  ５．その他  (　　　　　　　) | | | 指導事項 | １．からだのケア  ２．こころのケア  ３．育児指導  ４．食事指導  ５．その他  （特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 医療機関または助産所の名称  所在地  医師・助産師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

＜お願い＞

※産婦健康診査は、産後2週間前後及び産後1か月前後に実施をお願いします。

産後8週（産後2か月）を超えると償還払いの対象外となります。

※その他申請に関して、**エジンバラ産後うつ病質問票の書類が必要**となります。

※本結果票発行のため手数料等については、受診者の自己負担になります。

※なお、ご不明な点については阿波市健康推進課（0883-36-6815）まで、お問い合わせください。