

様式第1号（第5条関係）

熊本県 阿蘇市

【留意事項】

※この受診票は本人以外使用できません。
 ※阿蘇市から転出した場合は、無効です。

阿蘇市産婦健康診査受診票【1回目（産後2週間）・2回目（産後1か月）】

※太枠の中は、産婦ご本人が記入し、医療機関へ提出ください。

フリガナ 産婦氏名			
生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	
住 所	阿蘇市		
出産日	年 月 日	退院日	年 月 日

産婦健康診査の結果 【医療機関記入欄】		受診日	年 月 日
問診結果	生活環境	1. 問題なし 2. 問題あり ()	
	授乳状況	1. 問題なし 2. 問題あり ()	
	育児不安	1. なし 2. あり ()	
検査結果	体 重	k g	血 圧 mm/Hg
	尿検査	尿蛋白 (- ・ ± ・ + ・ ++ 以上) 尿糖 (- ・ ± ・ + ・ ++ 以上)	
	EPDS	9点未満 ・ 9点以上	
診察結果	子宮復古	1. 異常なし 2. 所見あり	
	悪 露	1. 異常なし 2. 所見あり	
	乳房状態	1. 異常なし 2. 所見あり	
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし		
	<input type="checkbox"/> 要産科支援	(内容)
	<input type="checkbox"/> 要市町村支援	(内容)
	<input type="checkbox"/> 要医療	()
	<input type="checkbox"/> 要緊急対応	()
医療機関名			
所在地			
医師氏名			

(医療機関の皆様へ)

産婦の健康状態等により検査項目の変更や追加や自己負担が生じる場合には、事前に十分な説明をされた上で実施をお願いします。また、産婦健診の結果、早期に支援が必要な場合は速やかに情報提供をお願いします。