

※従来様式

産婦本人が持参する産婦健診結果票の医療機関記入欄の記載をお願いします。

●電話連絡が必要な場合

【母の問題】

- ・EPDS9点以上
- ・EPDSのNo10設問該当
- ・精神的不安定(流涙・不安が強い等)

【児の問題】

- ・発育増加不良
- ・虐待リスクが高い

●特記事項に記載

- ・若年(高校生以下)
- ・理解力・育児手技・育児能力等に問題あり
- ・愛着形成乏しい
- ・身なり、風貌等気になる
- ・不安や訴えが多く支援者等がない
- ・経済苦等家庭的に問題を抱えている
- ・その他気になる面がある

1回目	2回目	飯塚市	嘉麻市	桂川町
-----	-----	-----	-----	-----

**産婦健診結果票**

【ご本人記入欄】

住所	飯塚市・嘉麻市・桂川町 ★受診日時時点で「上記の市町に住居のない方」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	医療機関名: 担当医師名 (担当助産師名) 印				

産婦健診結果の本人控えは母子健康手帳P15『出産後の母体の経過』欄に記載して下さい。

出産後の母体の経過

産後 日月数	子宮 復古	悪露	乳房の 状態	血 圧	尿蛋白	尿糖	体 重	備考
	良・否	正・否					kg	
	良・否	正・否						
	良・否	正・否						
	良・否	正・否						
	良・否	正・否						

こころの健康チェックの質問票は返却不要です。備考欄に記載して下さい。

一枚目健診機関控用⇒医療機関で保管  
二枚目請求用⇒産婦に渡す

※令和8年度以降（別冊）

産婦健康診査受診券

1回目(産後2週間)

住民票のある市町名 桂川町 ○太線内は産婦さんご本人で記入してください。

産婦氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 昭和 平成 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日

出産日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住民票のある住所 福岡県 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

\*母子保健法第17条により、健診結果に基づき市町の担当課から連絡することがあります。

○健診結果（下記は健診機関の方が記入してください。）

健診種別	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		(産後 週 日)		
健診年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
母の状態	血圧	/	尿検査	蛋白	- ± + 2+ 3+
	体重	kg	糖		- ± + 2+ 3+
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
赤ちゃんへの気持ち質問票	( )点	EPDS	( )点	うち質問 10( )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 ( )				
健診機関名:					
所在地					
担当医師名 (担当助産師名)					

産婦健診結果の本人控えは母子健康手帳の『出産後の母体の経過』欄に記載して下さい。

出産後の母体の経過

産後 日月数	子宮 復古	悪露	乳房の 状態	血圧	尿蛋白	尿糖	体重	備考
	良・否	正・否		/			kg	
	良・否	正・否		/				
	良・否	正・否		/				
	良・否	正・否		/				
	良・否	正・否		/				

こころの健康チェックの質問票は返却不要です。備考欄に記載して下さい。

一枚目請求用⇒産婦に渡す  
二枚目健診機関控用⇒医療機関で保管

産婦本人が持参する産婦健康診査受診券(別冊)の医療機関記入欄の記載をお願いします。

●電話連絡が必要な場合

【母の問題】

- ・EPDS9点以上
- ・EPDSのNo10設問該当
- ・精神的不安定(流涙・不安が強い等)

【児の問題】

- ・発育増加不良
- ・虐待リスクが高い

●特記事項に記載

- ・若年(高校生以下)
- ・理解力・育児手技・育児能力等に問題あり
- ・愛着形成乏しい
- ・身なり、風貌等気になる
- ・不安や訴えが多く支援者等がない
- ・経済苦等家庭的に問題を抱えている
- ・その他気になる面がある

(請求用)