



粕屋町産婦健康診査受診票

●本人記入欄:産婦ご本人が記入し、医療機関へ提出してください。

産婦氏名					連絡先 電話番号		
生年月日	年	月	日	出産日	年	月	日
							母子手帳 番号
住所	粕屋町						
産婦健康診査の結果について、受診医療機関と粕屋町の間で情報共有をすること、 必要に応じて粕屋町から産後の支援を受けることに同意します。							
年 月 日							

●受診医療機関の記入欄

契約医療機関 :粕屋町へ請求書を提出される際に、この受診票も同封してください。

契約外医療機関:ご本人が産婦健康診査費用の助成申請をされる際に、この受診票が必要です。
下記の結果等を記載後、ご本人にお渡しください。

<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	健診受診日	年 月 日 (産後 日目)					
母体の状況	子宮復古	良・否()			血 圧	/	
	悪 露	正・否()			尿 検 査	蛋白	- ± + ++ +++
	乳房の状態	良・否()				糖	- ± + ++ +++
	体 重	Kg		その他			
こころの健康チェック	EPDS	<input type="checkbox"/> 実 施: 点うち項目⑩ 点 <input type="checkbox"/> 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
総合判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要精密・要治療() <input type="checkbox"/> 他機関へ紹介						
その他 連絡事項							
受診 医療機関	名 称				担当医師 または 助産師		

※この受診票は、本人以外は使用できません。また、粕屋町から転出すると使用できません。