産婦健康診査結果票（産後２週間用・１か月用）

＊太線内すべての項目をボールペン等で記入してください。

フ リ ガ ナ 産 婦 氏 名		産　婦 生 年 月 日	S ・ H	年　月　日
住民票登録地				
産婦連絡先	TEL・携帯	世帯主氏名		
産婦生活歴	喫煙：なし・あり　　本/日	飲酒：なし・あり（　時々　・　毎日　）		

以下は医療機関が記入します。

出産日	年　月　日	産後日数	日（１回目：産後約２週間 ２回目：産後約１か月）

健康診査の結果	1. 異常なし 2. 要指導 □問診　□診察 □体重　□血圧 □尿検査（蛋白・糖） □エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） □２項目質問票 □その他 （　　） 3. 要精密検査 内容（　　） 4. 要治療 内容（　　）	＊実施した項目をチェックし，結果を記入してください。 □問診：支援者がいるか　（はい・いいえ） 休養がとれているか　（はい・いいえ） 授乳状況　（　母乳・混合・人工乳　） 精神疾患の既往歴　（なし・あり） （うつ病・パニック障害・統合失調症・ その他〈　　〉） 精神疾患の服薬歴　（なし・あり） □診察：子宮復古（　良　・　否　） 悪　露　（　正　・　否　） 乳房の状態（　　） □体重測定　（　　kg） □血圧測定　（　　～　　㎜ Hg） □尿検査　蛋白（－・＋・＋＋） 糖　（－・＋・＋＋） □エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） （　　点） □２項目質問票（ 該当あり ・ 該当なし ）

産婦への指示	1.なし 2.あり（1.栄養　2.生活　3.疾病予防　4.その他　　）
市への指示	1.なし 2.あり（1.電話　2.来所　3.訪問　4.その他　　）
実施年月日	年　月　日

上記のとおり，健康診査結果を報告します。

年　月　日

委託医療機関等名称

担当医師・助産師名