

産婦健診結果票

受診者名：

生年月日：（昭和・平成） 年 月 日

産婦健康診査実施機関の方へ

① ご本人が「佐賀市産婦健診受診票」をお持ちでない場合、こちらの結果票に健診結果を記入してください。

エジンバラ産後うつ病質問票の写しを添付してください。

産婦健診の費用助成（償還払い）に必要です。（健康診査の結果を証する書類として使用します。）

※未実施の項目がある場合、助成の対象とならない場合があります。

② 記載後、佐賀市に送付するか、ご本人にお渡しください。

FAX で送付いただいても構いません。FAX の場合は受診者名と生年月日は記入せず電話でお伝えください。

【問い合わせ先】〒840-8501 佐賀県佐賀市栄町1番1号 佐賀市役所 こども健康課

TEL：0952-40-7241 FAX：0952-40-7268 MAIL：kodoken@city.saga.lg.jp

産後 2 週間 健診	受診年月日	令和 年 月 日（産後 日）	分娩日	令和 年 月 日	
	体重	. Kg	血压	/ mmHg	
	悪露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否（①発赤 ②熱感 ③痛み ④腫脹）			
	尿検査	糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+		
	エジンバラ 産後うつ病 質問票	EPDS（ ）点 再掲：質問⑩（ ）点 赤ちゃんへの気持ち質問票（ ）点			
	フォローの要否	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要（理由： ）			
	支援方法	<input type="checkbox"/> 当院でフォロー <input type="checkbox"/> 市へ連絡 <input type="checkbox"/> 他機関へ紹介（ ）			
産後 1 か月 健診	受診年月日	令和 年 月 日（産後 日）	分娩日	令和 年 月 日	
	体重	. Kg	血压	/ mmHg	
	悪露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否（①発赤 ②熱感 ③痛み ④腫脹）			
	尿検査	糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+		
	エジンバラ 産後うつ病 質問票	EPDS（ ）点 再掲：質問⑩（ ）点 赤ちゃんへの気持ち質問票（ ）点			
	フォローの要否	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 要（理由： ）			
	支援方法	<input type="checkbox"/> 当院でフォロー <input type="checkbox"/> 市へ連絡 <input type="checkbox"/> 他機関へ紹介（ ）			
市への連絡事項					
健診実施機関の 所在地・名称 担当医師等名		㊞			