

年 月 日

市町村長 様

産婦健康診査連絡票

医療機関名

ふりがな 氏名  (生年月日) 年 月 日 歳		出 産 日 年 月 日
		健診受診日 年 月 日
住 所 〒		電話
現在居住地 〒 (里帰り先等住所と異なる場合)		電話
産婦健康診査結果	・出産の回数 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 ( 回目)	
	・母体の状態 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 ( )	
	・授乳状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 ( )	
	・このころの健康チェック 使用したツール ※アセスメントシートの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問:EPDS ( 点) <input type="checkbox"/> 赤ちゃんへの気持ち質問票 ( 点) <input type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト	既往歴・妊娠・出産の状況 精神科既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) その他既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 分娩経過における特記事項 ( )
連絡事項 (支援が必要と思われる事項等)		
市町村への情報提供についての同意    あり ・ なし		市町村に質問票の写しを送付することの同意    あり ・ なし
説明概要:		

医療機関問い合わせ先

所属

担当者名

TEL

(内線)

FAX