

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 ☐ 初産 ☐ 経産 (回目)		
	・母体の状態 ☐ 順調 ☐ 要指導 ()		
	・授乳状況 ☐ 順調 ☐ 要指導 ()		
	・こ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。		既往歴・妊娠・出産の状況
	☐ エジンバラ産後うつ病質問:EPDS (点) ☐ 赤ちゃんへの気持ち質問票 (点) ☐ 育児支援チェックリスト		精神科既往歴 ☐ 無 ☐ 有 () その他既往歴 ☐ 無 ☐ 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