

年 月 日

市町村長 様

産婦健康診査連絡票

助産所名

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	
	<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)	精神科既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
<input type="checkbox"/> 育児支援チェックリスト	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:				

助産所問い合わせ先

所属

担当者名

TEL

(内線)

FAX