

産婦健康診査結果について

名古屋市では、産婦健康診査の結果、支援が必要と判断される方について、産婦健康診査実施機関から、お住まいの区の保健センターへご連絡いただくことで、適切な支援へつなげていきます。

産婦健康診査実施機関 — 保健センター「連絡票」

産婦健康診査実施機関から保健センターに連絡票などを用いた連絡に同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )  
 (〒 \_\_\_\_\_ )

住民登録地 名古屋市 \_\_\_\_\_ 区  
 \_\_\_\_\_ 里帰り等で (〒 \_\_\_\_\_ )  
 住民登録地 \_\_\_\_\_ 住民登録地 \_\_\_\_\_  
 居住地  と同じ  と異なる ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで)

育児や産後の体調等について、心配なこと、相談したいことがありましたらご記入ください。  
 ( \_\_\_\_\_ )

名古屋市保健所 \_\_\_\_\_ 保健センター所長  
 上記、産婦様について、ご本人の同意に基づき連絡しますので、今後の支援をお願いします。  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

健診実施機関名称：

記入者名： \_\_\_\_\_ (医師・助産師・看護師・他 \_\_\_\_\_ )

産婦健康診査実施日 _____	診査所見	<ul style="list-style-type: none"> <li>出産の有無 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 ( _____ 回目)</li> <li>母体の状態 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 ( _____ )</li> <li>授乳状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導 ( _____ )</li> <li>エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) : _____ 点 (再掲) 設問⑩ : _____ 点</li> </ul>																																																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>設問</th> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> <th>⑤</th> <th>⑥</th> <th>⑦</th> <th>⑧</th> <th>⑨</th> <th>⑩</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">得点</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	設問	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	得点	0	0	3	0	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	0	3	0	0	0	0
設問	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩																																										
得点	0	0	3	0	3	3	3	3	3	3																																										
	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2																																										
	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1																																										
	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0																																										
妊娠・出産時の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</li> <li>分娩の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</li> <li>妊娠週数 _____ 週 ・ 児の出生時体重 _____ g</li> <li>特記事項 ( _____ )</li> </ul>																																																			
支援を必要とする事項																																																				