

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 (〒 _____)

居住地 □と 同じ □と 異なる _____ (_____ 月 _____ 日まで)
住民登録地 _____ 住民登録地 _____

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	- 出産の有無 ☐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 (_____) - エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) : _____ 点 (再掲) 設問⑩ : _____ 点 <table><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><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></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	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	- 妊娠中の経過 ☐正常 ☐妊娠高血圧症候群 ☐その他 (_____) - 分娩の経過 ☐正常 ☐帝王切開 ☐その他 (_____) - 妊娠週数 _____ 週 ・ 児の出生時体重 _____ g - 特記事項 (_____)																																																					
支援を必要とする事項	※保健センターからの返信票を希望されますか ☐ 希望する ☐ 希望しない																																																					