

愛媛県外医療機関
産婦人科医療機関の長 様

宇和島市 保健福祉部
保険健康課長

産婦健康診査実施のお願い
(医療機関のご担当者様へ)

時下、ますますご清祥の候、お慶び申し上げます。

本市では、市民が産後(流産・死産を含む)2週間と1か月程度で受診する「産婦健康診査」(以下「産婦健診」)に係る費用の一部助成を行っております。産婦健診につきまして、お手数ですが下記のとおりお取り扱いいただきますようお願いいたします。

なお、ご不明な点がございましたらご連絡ください。

記

1. 産婦から「産婦健康診査受診票」の提示を受けてください。

2. 受診票にある基本的な健診及びEPDSを実施してください。(裏面参照)

EPDSの実施が確認できない場合、産婦は費用助成を受けることができません。

すでに精神科等に通院しているなどの産婦の状況により未実施の場合、その理由を受診票の所見欄へ明記してください。

3. 受診票に、実施した産婦健診の結果、医療機関の住所・名称・代表者氏名を記載し、受診した産婦にお渡しください。

4. 母子健康手帳の「出産後の母体の経過」のページに健診の結果を記入してください。

5. 産婦健診の結果、支援が必要と判断された場合、以下まで電話連絡してください。

本市での産婦支援のため、速やかにご連絡いただきますようお願いいたします。

以上

【連絡先】

愛媛県宇和島市 保健福祉部 保険健康課 母子保健係

子育て世代包括支援センター マザーズステーション「すてっぷ」

Tel:0895-49-7110 Fax:0895-24-1124

産婦健康診査受診票(産後 | 前後)

(医療機関様存用)

産婦健康診査受診票

赤枠内を記載のうえ、
産婦へお渡しください。

受診票№ (注)受診時には太線の枠内を記入してください。(この受診券は複写式です。強く書いてください。)

下記産婦の産婦健康診査を依頼します。 宇和島市長

委託医療機関の長 様

(7)府子)	昭和 平成
産婦氏名	生年月日 年 月 日(歳)
住所	電話番号 - -
出生年月日	出生状態 自然分娩・帝王切開・吸引分娩・子の母() 胎前経過 母体・胎児・IUGR

10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんで来た。 はい、か収りばしほつた 時々そうだった あったになかった 全くなかった

受診年月日	年 月 日 (産後日数 日) ← 出産日を含めた日数	※ 請求内容の確認に必要な項目です。EPDS未実施で、下記判定欄に精神科通院状況等の記載がない場合は、公費負担の対象となりませんので記入漏れがございましたらご注意ください。
※ EPDS	計()点→未実施の場合、下記判定の所見に精神科等の通院状況の記載(有・無)	
検査項目	血压 <input type="text"/> mmHg 体重 <input type="text"/> Kg 尿検査 蛋白 - ± + ++ 糖 - ± + ++	
診察所見	悪露 正 否 子宮復古 良 否 乳房の状態 ()	
判定	1 異常なし 2 要指導 3 経過観察 4 要精密検査 5 要治療 所見 医療機関・診療科 (紹介・通院中)	
指導内容	1 乳房ケア 2 食事(栄養、血圧、尿酸、尿酸値) 3 育児() 4 その他()	
保健師等の訪問指導	1 不要 2 要 ⇒ 栄養・生活・精神面・育児不安・その他() 本人の承諾 (有・無) 担当医師名	

上記の健康診査に要した費用を請求します。ただし、金額については健康診査実施日の属する年度の委託契約書の別表に定める額とします。

宇和島市長 様 年 月 日

委託医療機関コード

市 町 コード 380030

委託医療機関
住所
名称
代表者氏名

支援が必要と判断された場合は、連絡先まで速やかにご連絡ください。

(出産後・退院時の診察の時に記入してもらいましょう)

出産後の母体の経過

母子健康手帳

「出産後の母体の経過」のページの左表に健診結果を記入してください。

産後月日数	子宮復古	悪露	乳房の状態	血圧	蛋白尿	尿糖	体重	EPDS等の実施など
	良・否	正・否			- + #	- + #	Kg	
	良・否	正・否			- + #	- + #	Kg	
	良・否	正・否			- + #	- + #	Kg	
	良・否	正・否			- + #	- + #	Kg	
	良・否	正・否			- + #	- + #	Kg	