様式第１号（第6条関係）

産後1回目

宇美町産婦健康診査受診券

※太線内は、ご本人で記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母子健康手帳番号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 電話 |
| 生年月日 | 昭和 |  　　 年　　　　　月　　　　　日　　（ ）歳 |
| 平成 |
| 住民票のある住所 | 宇美町 |
| 出産日 | 　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日（ 産後　　　　　日 ） |
| ＜ 健診結果 ＞ |
| 子宮復古 | 良 ・ 否（　　　　　　　　） | EPDS |  　 点 |
| 悪　　　　露 | 正 ・ 否（　　　　　　　　） | 赤ちゃんへの質問表 |  点 |
| 乳房の状態 | 良 ・ 否（　　　　　　　　） | 判 定 | 経過順調 要経過観察 要精密 要治療（ 　　　　　　　　　） |
| 血 圧 | 　　 　　　／　　　　 　mmHg |
| 尿検査 | 蛋白 | －　 　±　 　＋　　 ++ |
| 糖 | －　 　±　 　＋　　 ++ | 町への連絡事項 | 特になし あり（　　　 　　　　 　　 ） |
| 体　　　　重 | Kg  |
| 健 診 月 日 ： 　 年　　　　　　月　　　　　　日委託健診機関の名称 　　　　　　　　所在地担当医師名（ 助産師名 ） |

（注）健診日当日に宇美町に住民票がない場合、この受診券は使用することができません。