(その2)

交付№　　－

彦根市産婦健康診査受診券(産後1箇月)

＊太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

本人記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  産婦氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 彦根市  ＴＥＬ(　　　　　　　　　　　) | | |

委託医療機関の長　様

　　上記の検査を依頼します。

彦根市長　　　　　　　　印

上記の者について、産婦健康診査として下記の健診内容を実施したので報告します。

彦根市長　様

医療機関記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受診年月日  出産日 | 年　　　　月　　　　日(産後　　　 　日)  年　　　　月　　　　日 |
| 健診内容 | □基本診察(問診および診察、血圧・体重測定）　　□尿検査  □乳房・授乳の状況　　　　　　　　　　　　　　 □保健指導  □ＥＰＤＳまたはＮＩＣＥ等の質問票を用いたスクリーニング検査 |
| 検査結果 | ・体重　(　　　　　　　)ｋｇ　・血圧(　　　　/　　　　)ｍｍＨｇ  ・子宮復古・悪露の状態　　1：所見なし　　2：所見あり  ・乳房・授乳に関すること　1：所見なし　　2：所見あり  ・尿蛋白　　　　　　　　　1：　―　　2：　＋　　3：　⧺  ・尿糖　　　　　　　　　　1：　―　　2：　＋　　3：　⧺  ・ＥＰＤＳ(　　　)点または2項目質問票(該当あり・該当なし) |
| 健康診査の  所　見 | 異常なし・要指導・要精検 |
| 特記すべき  事　項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 円(5,000円上限) |

医療機関名