

産後2週間

産後1か月

産婦健康診査受診票(補助券)

※産婦健康診査の対象者は産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の褥婦となります。  
 ※本線枠内へご記入の上、医療機関等に提出してください。  
 ※この診査結果は市町村へ情報提供されます。

市町村名		交付番号		交付年月日	
フリガナ					
氏名					
生年月日		年	月	日生	( )歳
住所					
連絡先 (両方記載)	(携帯)				(自宅)
里帰り	<input type="checkbox"/> あり 里帰り先住所: <input type="checkbox"/> なし				

上記の者の産婦健康診査を依頼します。

医療機関の長 殿

市町村長

印

助成内容

- 長野県内の医療機関等で受診された場合、以下診査項目について5,000円を上限に助成します。
- 診査項目:問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)
- ※ 上記以外の検査、治療、投薬等については助成対象外です。

検査項目	検査日	年			日			受診日	年			日		
		月	日	時	月	日	時		月	日	時	月	日	時
体重測定														
子宮復古		<input type="checkbox"/> 良好				<input type="checkbox"/> 不良								
尿検査	蛋白	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++								
	糖	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++								
精神状態 (EPDS等)		<input type="checkbox"/> 良好												
		<input type="checkbox"/> EPDSの合計得点が9点以上( )点						または、EPDSの質問10か1点以上( )点						
医療機関記入欄		<input type="checkbox"/> 連絡事項なし												
		<input type="checkbox"/> 連絡事項あり												
指定事項		<input type="checkbox"/> 精神科等へ紹介(紹介先医療機関名)												
		※連絡事項ありの場合は、産後診察及び新生児・産婦連絡票等により任意票のある市町村までご連絡をお願いします。												
		診査医師氏名												

産婦健康診査料請求書

金 円

上記のとおり産婦健康診査を実施したので診査料を請求します。

年 月 日

長野県

長 殿

医療機関番号

所在地

名称

医療機関の長

印