

*この受診票は、切り離し無効です。必ず手帳表紙の産婦氏名・住所と同じであることの確認を受けてご使用ください。
*この受診票は、大阪市が契約する委託医療機関・助産所で使用できます。
*この受診票で、1回産婦健康診査を受診できます。検査内容は、問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、こころの健康チェックです。
（上記以外の検査、治療、投薬等については公費負担対象外です。）
*実施時期は、産後2週間前後と1か月前後です。使用できるのは出産後8週以内です。この時期を超えると使用できません。
*大阪市内に居住の方のみ、この受診票が使用できます。大阪市外に転出された場合は使用できません。

委託実施機関長様

次の産婦の健康診査を依頼します。

(※二重線の中は産婦ご本人が記入してください。)

(※この健康診査の結果は大阪市内に通知されます。居住地の保健福祉センターから必要に応じて訪問等をさせていただくことがあります。)

受 診 者 記 入 欄	フリガナ 産婦氏名	生年月日		年		月	日	(歳)
	住所	大阪市 区						
	電話	分娩日		年		月	日	(妊娠 週)
	※あてはまる項目に○を付けるか記入してください。 ・授乳方法は何ですか。(母乳・混合栄養・人工栄養) ・育児を手伝ってくれる人はいますか。(いない・夫・実母・夫の母・その他 ()) ・からだの調子はいかがですか。(眠れない・食欲がない・疲れやすい・その他 () ・よい) ・これまでに病気にかったことがありますか。(高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・精神疾患 () ・その他 () ・なし) ・薬による治療を受けていましたか。もしくは受けていますか。(はい(薬の名前) ・いいえ) ・子育てで困っていることはありますか。(赤ちゃんのこと・夫のこと・自分自身のこと・経済的なこと・その他 () ・なし)							
	※産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。 今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じられたことに最も近い答えに○をつけてください。							
	1 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。 () いつもと同様にできた () あまりできなかった () 明らかにできなかった () 全くできなかった		5 はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。 () はい、しょっちゅうあった () はい、時々あった () いいえ、めったになかった () いいえ、全くなかった		9 不幸せなので、泣けてきた。 () はい、たいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () ほんの時々あった () いいえ、全くそうではなかった			
	2 物事を楽しみにして待った。 () いつもと同様にできた () あまりできなかった () 明らかにできなかった () 全くできなかった		6 することがたくさんあって大変だった。 () はい、たいてい対処できなかった () はい、いつものようにはうまく対処しなかった () いいえ、たいていうまく対処した () いいえ、普段通りに対処した		10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。 () はい、かなりしばしばそうだった () 時々そうだった () めったになかった () 全くなかった			
	3 物事がうまくいかなかった時、自分を不必要に責めた。 () はい、たいていそうであった () はい、時々そうであった () いいえ、あまりたびたびはない () いいえ、そうではなかった		7 不幸せな気分なので、眠りにくかった。 () はい、ほとんどいつもそうだった () はい、時々そうであった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くなかった					
	4 はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した。 () いいえ、そうではなかった () ほとんどそうではなかった () はい、時々あった () はい、しょっちゅうあった		8 悲しくなったり、惨めになった。 () はい、たいていそうだった () はい、かなりしばしばそうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () いいえ、全くそうではなかった					
	産後の体調や育児等、相談したいことがあればご記入ください。							

実施機関記入欄（あてはまる項目の□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。）記入もれのないようお願いいたします。

診 査 結 果	受診年月日 (西暦)		年		月		日(産後		日)
	母体の状態(体重、血圧、 子宮復古状況、悪露等)		順調		要経過観察	医療 機関 コード	- -		
	授乳状況(乳房の状態等)		順調		要経過観察	実施機関名 医師または助産師氏名			
	尿検査結果 (蛋白・糖)		異常 なし		要経過 観察		※医療機関コードの記載については、本手帳8ページをご確認ください。		
	こころの健康 チェック		点		質問項目10が1点以上				
保健福祉センタ ーへの連絡事項	その他受診時の状況から、継続支援が必要と判断した内容 ()								
	保健福祉センターでの支援が必要				大阪市産婦健康診査結果 通知書(写し)の送付済				
費用(※)		円(公費負担の上限は5,000円です)							

※請求金額が5,000円未満の場合はご記入ください。

キリトリ線 ※切り離して単票での提出は無効

*この受診票は、切り離し無効です。必ず手帳表紙の産婦氏名・住所と同じであることの確認を受けてご使用ください。
*この受診票は、大阪市が契約する委託医療機関・助産所で使用できます。
*この受診票で、1回産婦健康診査を受診できます。検査内容は、問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、こころの健康チェックです。
（上記以外の検査、治療、投薬等については公費負担対象外です。）
*実施時期は、産後2週間前後と1か月前後です。使用できるのは出産後8週以内です。この時期を超えると使用できません。
*大阪市内に居住の方のみ、この受診票が使用できます。大阪市外に転出された場合は使用できません。

委託実施機関長様

次の産婦の健康診査を依頼します。

（※二重線の中は産婦ご本人が記入してください。）

（※この健康診査の結果は大阪市内に通知されます。居住地の保健福祉センターから必要に応じて訪問等をさせていただくことがあります。）

受診者記入欄	フリガナ 産婦氏名	生年月日		年		月	日	（歳）
	住所	大阪市 区						
	電話	分娩日		年		月	日	（妊娠 週）
	※あてはまる項目に○を付けるか記入してください。 ・授乳方法は何ですか。（母乳・混合栄養・人工栄養） ・育児を手伝ってくれる人はいますか。（いない・夫・実母・夫の母・その他（ ）） ・からだの調子はいかがですか。（眠れない・食欲がない・疲れやすい・その他（ ）・よい） ・これまでに病気にかったことがありますか。（高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・精神疾患（ ）・その他（ ）・なし） ・薬による治療を受けていましたか。もしくは受けていますか。（はい（薬の名前）・いいえ） ・子育てで困っていることはありますか。（赤ちゃんのこと・夫のこと・自分自身のこと・経済的なこと・その他（ ）・なし）							
	※産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。 今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じられたことに最も近い答えに○をつけてください。							
	1 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。 （ ） いつもと同様にできた （ ） あまりできなかった （ ） 明らかにできなかった （ ） 全くできなかった		5 はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。 （ ） はい、しょっちゅうあった （ ） はい、時々あった （ ） いいえ、めったになかった （ ） いいえ、全くなかった		9 不幸せなので、泣けてきた。 （ ） はい、たいていそうだった （ ） はい、かなりしばしばそうだった （ ） ほんの時々あった （ ） いいえ、全くそうではなかった			
	2 物事を楽しみにして待った。 （ ） いつもと同様にできた （ ） あまりできなかった （ ） 明らかにできなかった （ ） 全くできなかった		6 することがたくさんあって大変だった。 （ ） はい、たいてい対処できなかった （ ） はい、いつものようにはうまく対処しなかった （ ） いいえ、たいていうまく対処した （ ） いいえ、普段通りに対処した		10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。 （ ） はい、かなりしばしばそうだった （ ） 時々そうだった （ ） めったになかった （ ） 全くなかった			
	3 物事がうまくいかなかった時、自分を不必要に責めた。 （ ） はい、たいていそうであった （ ） はい、時々そうであった （ ） いいえ、あまりたびたびはない （ ） いいえ、そうではなかった		7 不幸せな気分なので、眠りにくかった。 （ ） はい、ほとんどいつもそうだった （ ） はい、時々そうであった （ ） いいえ、あまり度々ではなかった （ ） いいえ、全くなかった					
	4 はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した。 （ ） いいえ、そうではなかった （ ） ほとんどそうではなかった （ ） はい、時々あった （ ） はい、しょっちゅうあった		8 悲しくなったり、惨めになった。 （ ） はい、たいていそうだった （ ） はい、かなりしばしばそうだった （ ） いいえ、あまり度々ではなかった （ ） いいえ、全くそうではなかった					
	産後の体調や育児等、相談したいことがあればご記入ください。							

実施機関記入欄（あてはまる項目の□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。）記入もれのないようお願いいたします。

診査結果	受診年月日 （西暦）		年		月		日（産後		日）
	母体の状態（体重、血圧、子宮復古状況、悪露等）		順調		要経過観察	医療機関コード	- -		
	授乳状況（乳房の状態等）		順調		要経過観察	実施機関名 医師または助産師氏名			
	尿検査結果（蛋白・糖）		異常なし		要経過観察		※医療機関コードの記載については、本手帳8ページをご確認ください。		
	こころの健康チェック		点		質問項目10が1点以上				
保健福祉センターへの連絡事項	その他受診時の状況から、継続支援が必要と判断した内容 〔 〕								
	□ 保健福祉センターでの支援が必要				□ 大阪市産婦健康診査結果通知書（写し）の送付済				
費用（※）		円（公費負担の上限は5,000円です）							
		□ 要養育支援者情報提供票の送付あり							

※請求金額が5,000円未満の場合はご記入ください。

キリトリ線 ※切り離して単票での提出は無効