

委託医療機関以外で産婦健康診査を受けた方

産婦健康診査連絡票

ふりがな		出産日	年 月 日
母の氏名			
住 所	埼玉県久喜市 Tel ()		
母の生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)		

産婦健康診査を実施しました。健診の結果は下記のとおりです。

健診年月日	令和 年 月 日
基本的な産婦健康診査（問診、一般診察、体重・血圧測定、尿検査等）	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 ()
こころの健康チェック（エジンバラ産後うつ病質問票【EPDS】）	<input type="checkbox"/> 実施 (EPDS 点)
医療機関名 医療機関所在地	

<産婦の方へ>

医療機関等において、基本的な産婦健康診査とエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の両方を受けた場合、産婦健康診査の費用の一部を助成しますので、この用紙を医療機関に記入してもらい、領収書等を添えて、こども家庭保健課に申請してください。

※基本的な産婦健康診査のみでは助成の対象になりませんのでこの用紙は必要ありません