

大口町告示第35号

大口町妊婦、産婦及び乳児健康診査実施要領の一部を改正する要領を次のように定める。

令和2年3月31日

大口町長 鈴木雅博

大口町妊婦、産婦及び乳児健康診査実施要領の一部を改正する要領

大口町妊婦、産婦及び乳児健康診査実施要領（平成9年大口町告示第24号）の一部を次のように改正する。

第3条第2項中、「産婦1人につき1回」を「産婦1人につき2回」に、同条第3項第2号中、「第1回」の次に「、第2回」を加える。

様式第2を次のように改める。

産婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

		出産後1か月以内		健診料（補助）		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1		
ふりがな 産婦氏名	生 年 月 日 月 日		年 月 日 (歳)				
住 所	大口町 (電話 -)						
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産日	年 月 日				
上記産婦について、公費による産婦健康診査を依頼します。							
大口町長							
医療機関の長 様							

産婦さんへのお願い

- この受診票を医療機関に提出して、産婦の健康診査を受けてください。
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後1か月以内に使用してください。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

産婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日 / 産後 週 (か月)
所見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。
	<input type="checkbox"/> 基本健診 ◇尿蛋白 ー・±・+・++~ ◇尿糖 ー・±・+・++~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg
	<input type="checkbox"/> 子宮復古 (異常なし・異常あり) <input type="checkbox"/> 悪露 (異常なし・異常あり) <input type="checkbox"/> 乳房の状態 (異常なし・異常あり) <input type="checkbox"/> メンタルチェック (エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS))
	合計点数 (点) 質問10 (1点以上・0点) <input type="checkbox"/> その他所見 ()
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [病名、必要な処置、指導事項など]
表記産婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名 印	

【医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。
提出先 愛知県国民健康保険団体連合会
〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号
- 愛知県外の医療機関及び助産所については受診者から実費を徴収してください。
【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

産婦健康診査受診票

（医療機関又は助産所）

		出産後2か月以内		健診料（補助）		円	
交付年月日	年 月 日	受診票番号	6	4	1		
ふりがな 産婦氏名	生 年 月 日 月 日		年 月 日 (歳)				
住 所	大口町 (電話 -)						
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある	出産日	年 月 日				
上記産婦について、公費による産婦健康診査を依頼します。							
大口町長							
医療機関の長 様							

産婦さんへのお願い

- この受診票を医療機関に提出して、産婦の健康診査を受けてください。
- この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- この受診票は、出産後2か月以内に使用してください。
- この受診票は、医療機関によっては使用できない場合がありますので、事前に確認してください。
- この受診票は大口町に住所を有する方しか使用できません。
大口町から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。

産婦健康診査結果報告書

実施年月日	年 月 日/産後 週 (か月)
所見	※実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。 <input type="checkbox"/> 基本健診 ◇尿蛋白 -・±・+・++~ ◇尿糖 -・±・+・++~ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg <input type="checkbox"/> 子宮復古 (異常なし・異常あり) <input type="checkbox"/> 悪露 (異常なし・異常あり) <input type="checkbox"/> 乳房の状態 (異常なし・異常あり) <input type="checkbox"/> メンタルチェック (エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)) 合計点数 (点) 質問10 (1点以上・0点) <input type="checkbox"/> その他所見 ()
	判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [病名、必要な処置、指導事項など]
表記産婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
医療機関名	印

【医療機関へのお願い】

- 産婦がこの受診票を提出したときは、上記検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 健康診査の結果を、上記の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。

提出先 愛知県国民健康保険団体連合会

〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号

- 愛知県外の医療機関及び助産所については受診者から実費を徴収してください。

【問合せ先】 大口町保健センター 電話 (0587) 94-0051

様式第4及び様式第5中「産婦健康診査」の次に「(第1回・第2回)」を加え、「平成」を削る。

様式第6中 「

産婦	産婦健康診査
----	--------

」 を 「

産婦	第1、2回
----	-------

」 に、

産婦健康診査	基本健診 産後一般検査 メンタルチェック
乳児健康診査	一般診察

を

産婦健康診査 第1・2回	基本健診 産後一般検査 メンタルチェック
乳児健康診査	一般診察

に改

める。

様式第8中

産 婦			
-----	--	--	--

」

を

産婦 (第 回)			
産婦 (第 回)			

」

に改める。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。