

各医療機関代表者 様

長与町役場 こども政策課

産婦健康診査の実施について(お願い)

日頃から、長与町の母子保健事業にご理解・ご協力いただき、誠にありがとうございます。

さて、長与町では、産婦健康診査事業を、産科医療機関等と委託契約を締結し実施していますが、委託契約が難しい場合に、直接健診を受けられた本人に助成を行っております。

そのため、長与町と契約を締結していない貴院におかれましては、次のとおり対応していただきますようお願いいたします。

ご不明な点等ございましたら、問い合わせ先までご連絡ください。

1 目的

産後うつや新生児への虐待予防を目的に、出産後間もない産婦の母体の身体的機能回復や精神状態を把握し、産後の初期段階における母子に対する支援を強化する。

2 対象者

令和4年4月1日以降に産婦健康診査を受診した方で、かつ産婦健康診査を受ける日において長与町に住所を有する方

3 健診回数

おおむね産後2週間及び産後1か月の2回

(産後2週間は出産後5日～21日まで、産後1か月は出産後22日～56日までの間に実施したものが対象です)

4 健診項目 ※すべての健診項目の実施をお願いします。

- (1) 問診(生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴等)
- (2) 診察(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)
- (3) 体重測定
- (4) 血圧測定
- (5) 尿検査(蛋白及び糖)
- (6) エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)による評価

5 支払方法

委託医療機関以外で受診された産婦の方へは、償還払いにて助成を行っております。

産婦健康診査に要した費用は直接産婦へ請求していただき、領収証を発行してください。

(裏へ続きます)

6 健診方法

- (1) 産婦が持参する受診票の提出を受けてください。
- (2) エジンバラ産後うつ病質問票は、内容が同じであれば、現在病院で使用している様式を使用していただいて構いません。
- (3) 産婦健康診査の健診結果を受診票に記入してください。エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の評価方法がご不明な場合は、下記問い合わせ先へご連絡ください。
- (4) 結果を記入した受診票及びエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)は、産婦本人へお渡しください。
- (5) 産婦健診の結果、支援が必要な方については、下記問い合わせ先へご連絡下さいますようお願いいたします。

※注意事項※

4 健診項目(1)～(5)の全てを実施していない場合は、助成できません。

受診票により健診項目を実施しているかの確認を行いますので、健診結果は必ずご記入いただきますようお願いいたします。

| ※令和4年4月1日以降 使用可能 (様式第1号) 長与町産婦健康診査受診票 (1回目) | | | | ※令和4年4月1日以降 使用可能 (様式第1号) 長与町産婦健康診査受診票 (2回目) | | | |
|---|--------------|---|---------|---|--------------|---|---------|
| 母子手帳交付番号 | | | | 母子手帳交付番号 | | | |
| 産婦氏名 | | 昭和 年 月 日 平成 (歳) | | 産婦氏名 | | 昭和 年 月 日 平成 (歳) | |
| 住所 | | 長与町 Tel (- -) | | 住所 | | 長与町 Tel (- -) | |
| 出産日 | | 年 月 日 出産経験 1.初産 2.経産 | | 出産日 | | 年 月 日 出産経験 1.初産 2.経産 | |
| 悩み・質問があればご記入ください | | | | 悩み・質問があればご記入ください | | | |
| *医療機関記入欄 | | | | *医療機関記入欄 | | | |
| 検査年月日 | | 年 月 日 | | 検査年月日 | | 年 月 日 | |
| 区分 | 検査成績 | 区分 | 検査成績 | 区分 | 検査成績 | 区分 | 検査成績 |
| 体重 | kg | 子宮復古 | 1.良 2.否 | 体重 | kg | 子宮復古 | 1.良 2.否 |
| 血圧 | mmHg | 悪露 | 1.良 2.否 | 血圧 | mmHg | 悪露 | 1.良 2.否 |
| 尿検査(蛋白) | - = + ++ +++ | 乳房の状態 | | 尿検査(蛋白) | - = + ++ +++ | 乳房の状態 | |
| 尿検査(糖) | - = + ++ +++ | エジンバラ | 点 | 尿検査(糖) | - = + ++ +++ | エジンバラ | 点 |
| 所見 | | | | 所見 | | | |
| 判定(判定理由) | | 1 異常なし () 2 要指導 () 3 治療中 () 4 要経過観察 () 5 要精密 () 6 要治療 () | | 判定(判定理由) | | 1 異常なし () 2 要指導 () 3 治療中 () 4 要経過観察 () 5 要精密 () 6 要治療 () | |
| 連絡事項 | | 要保健師訪問・その他 () *緊急を要する場合は、別途連絡をお願いします。 | | 連絡事項 | | 要保健師訪問・その他 () *緊急を要する場合は、別途連絡をお願いします。 | |
| 委託医療機関 | | 所在地 名称 氏名 | | 委託医療機関 | | 所在地 名称 氏名 | |
| 令和 年 月 日 | | | | 令和 年 月 日 | | | |

**医療機関記入欄
には必ず健診
結果の記入を
お願いします**

(問い合わせ先)
長与町役場こども政策課 母子保健係
〒851-2185 長崎県西彼杵郡長与町嬉里郷 659-1
TEL:095-801-5881/FAX:095-883-2061