

産婦健康診査受診票

母子健康手帳番号

※太枠内は、産婦さんご本人で記入してください。

4 No.

産婦氏名	フリガナ	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
住 所	北九州市 区 (電話 - - )	出産日	令和	年 月 日
1. からだの調子はいかがですか。 <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> その他( ) 2. これまでに病気にかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 精神疾患( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ) 3. 薬による治療を受けていましたか。または受けていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前: ) 4. 授乳方法は何ですか。 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 母乳( 回/日) ミルク( ml× 回/日) 5. 授乳方法などで、相談したいことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( ) 6. 育児を手伝ってくれる人はいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> その他( ) 7. 子育てで困っていることはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 自分自身のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> その他( )				

産婦の状態			
子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	体 重	kg
悪 露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 ( )
血圧測定	/ mmHg	心身の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 ( )
尿 検 査	蛋白 <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"/> ++	乳児の状態	
身 長	cm	頭 囲	cm
体 重	g	胸 囲	cm
判 定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要治療 紹介先医療機関名 ( )		
区役所への連絡事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要訪問 ( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 至急 ) → 電話連絡 ( <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ) <input type="checkbox"/> 要指導 ※具体的指示 ( )		
質 問 票	EPDS ( ) 点	うち質問10 ( ) 点	ボンディング ( ) 点
産後ケア	<input type="checkbox"/> 紹介 (注1)	レベル ( )	(注2)
健診月日	令和 年 月 日	健診機関の名称	
担当医師名又は助産師名			

\*上記以外の検査、治療等については、自己負担が生じることがあります。  
 \*健診結果によって、連絡または訪問することがあります。また、専門医療機関へ連絡することがあります。  
 \*健診後、気になることやご相談があれば、区役所健康相談コーナーの保健師にお尋ねください。

子育て支援のための問診票

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えのほうに、チェック(✓)をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があると言われていましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。 ①夫には何でも打ち明けることができますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 夫がいない
②お母さんには何でも打ち明けることができますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 実母がいない
③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8. 赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 赤ちゃんを叩きたくることがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

備 考
-----

(注1)産後ケア事業を紹介した場合にチェックを入れてください。(紹介は必須ではありません)  
 (注2)北九州市外の医療機関の場合、当該項目に記入の必要はありません。

お母さんのこころの健康のための質問票

産後の気分についておたずねします。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えにチェック(✓)をして下さい。必ず10項目全部に答えて下さい。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。 <input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい、たいてい対処できなかった。 <input type="checkbox"/> はい、いつものようにはうまく対処できなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、たいていうまく対処した。 <input type="checkbox"/> いいえ、普段通りに対処した。
2. 物事を楽しみにして待った。 <input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどできなかった。	7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった。 <input type="checkbox"/> はい、ほとんどいつもそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。
3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。	8. 悲しくなったり、惨めになったりした。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くそうではなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。 <input type="checkbox"/> いいえ、そうではなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどそうではなかった。 <input type="checkbox"/> はい、時々あった。 <input type="checkbox"/> はい、しょっちゅうあった。	9. 不幸せな気分だったので、泣いていた。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった。 <input type="checkbox"/> ほんの時々あった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くそうではなかった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。 <input type="checkbox"/> はい、しょっちゅうあった。 <input type="checkbox"/> はい、時々あった。 <input type="checkbox"/> いいえ、めったになかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。	10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった。 <input type="checkbox"/> 時々そうだった。 <input type="checkbox"/> めったになかった。 <input type="checkbox"/> 全くなかった。

備 考
-----

(EPDS;Cox et al.,1987;岡野他,1996)

赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現にチェック(✓)をして下さい。

	ほとんどいつも強くそう感じる。	たまに強くそう感じる。	たまに少し感じる。	全然そう感じない。
1. 赤ちゃんをいとしいと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわかない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. こんな子でなかったらなあと思う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. この子がいかなかったらなあと思う。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 赤ちゃんをととても身近に感じる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

備 考
-----