



受診券  
履歴欄

妊婦相談	妊婦健診			
①	②	③	④	
⑨	⑩	⑪	⑫	

新生児	低体重児	3か月児	7か月児	経過観察健	1歳6か月	3歳児	心理相談	心理フォロー	養育	育成	小児慢性	その他
-----	------	------	------	-------	-------	-----	------	--------	----	----	------	-----

校 区		
--------	--	--

赤色で囲んだ部分を  
赤字を参考にして記入してください

### 母子健康記録票

※この記録票は持ち帰らないでください

記入例  妊娠届出以外

該当欄にし点をつけてください 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  時間外交付  代理交付  初産  経産

来所日	20			年			月			日	来所場所	<input type="checkbox"/> 中央	<input type="checkbox"/> 東	<input type="checkbox"/> 西	<input type="checkbox"/> 南	<input type="checkbox"/> 北
-----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

母子手帳	交付日	20			年			月			日	交付場所	<input type="checkbox"/> 中央	<input type="checkbox"/> 東	<input type="checkbox"/> 西	<input type="checkbox"/> 南	<input type="checkbox"/> 北	<input type="checkbox"/> 市外
------	-----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

交付No.											-		<input type="checkbox"/> 外国語版	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 産後
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------

ふりがな

児氏名		男	出生体重	g	在胎週数		週	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎
-----	--	---	------	---	------	--	---	-----------------------------	-----------------------------

生年月日			年			月			日	第( )子	最経月経開始日	2019年	7月	1日	妊娠
------	--	--	---	--	--	---	--	--	---	-------	---------	-------	----	----	----

健管番号											分娩予定日 (西暦)	20	20	年	4	月	6	日			週
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	----	----	---	---	---	---	---	--	--	---

ふりがな	くもと はなこ										医療機関名称	〇〇産婦人科医院				
------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	----------	--	--	--	--

妊産婦氏名	熊本花子										医療機関	(現在受診中の産婦人科)				
-------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--------------	--	--	--	--

生年月日	1	9	8	6	年	1	0	月			日	(32)歳	<input type="checkbox"/> 結核健診 <input type="checkbox"/> 性病健診				
------	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	---	-------	---	--	--	--	--

妊産婦職業	連絡先	名称	里帰り予定	TEL	080-0000-0000				
-------	-----	----	-------	-----	---------------	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	会社名や施設名、学校名等を記入										住所	産前・産後の滞在予定先を記入				
-----------------------------	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	----------------	--	--	--	--

TEL 096-000-0000										里帰り予定	あり なし				
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	-------	--	--	--	--

現	( ☎ 860-860 )	熊本市	中央区手取本町1-1	TEL						独立家屋・アパート・マンション	団地 ( 13 階建 5 階 )				
---	---------------	-----	------------	-----	--	--	--	--	--	-----------------	------------------	--	--	--	--

住	( ☎ )	熊本市		TEL						独立家屋・アパート・マンション	団地 ( 階建 階 )				
---	-------	-----	--	-----	--	--	--	--	--	-----------------	-------------	--	--	--	--

所	( ☎ )	熊本市		TEL						独立家屋・アパート・マンション	団地 ( 階建 階 )				
---	-------	-----	--	-----	--	--	--	--	--	-----------------	-------------	--	--	--	--

				携帯番号	090-0000-0000										
--	--	--	--	------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〔分娩の経過〕  
前・早期破水 (無・有) 羊水異常 (無・有) 骨盤位 (無・有) 吸引・帝切 (無・有) 無痛分娩 (無・有)  
その他 (無・有) ( )

〔新生児期の状況〕  
仮死 (無・有) 保育器 (無・有) 日間 強い黄疸 (無・有) 光線療法 時間 チアノーゼ (無・有)  
けいれん (無・有) 搬送 (無・有) その他 ( )

〔発達経過〕  
頸定 か月、寝返り か月、お座り か月、高這い か月、つたい歩き か月、独歩 か月、有意語 か月

〔予防接種〕  
BCG 済 ポリオ【 1 2 】 三混1期 【1 2 3 追】 麻疹 済 風疹 済 麻疹・風疹混合 済  
日脳【1期 1 2 追】 その他 ( )

市外転出先

ハートナー氏名 <b>松本 太郎</b> 既婚・ <b>未婚</b> (健康) 病気 (入籍予定 <b>あり</b> ・なし)		生年月日 1980.12.1 生		職業・連絡先等 ・就労されていたら、会社名や施設名、学校名等を入力 090-0000-0000		家族構成 <input type="checkbox"/> 核家族 <input checked="" type="checkbox"/> 複合家族 <input type="checkbox"/> パートナー <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <small>(本人を除く)</small> <input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 1人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居人数 <input type="checkbox"/> 4人 その他 (妹)	
妊婦家族病歴 父 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 母 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <b>糖尿病</b> ) 兄弟姉妹 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) ※高血圧 糖尿病等記入してください				今回の妊娠状況 現在かかっている産婦人科名 ( <b>〇〇産婦人科医院</b> ) 悪阻 (つわり) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 切迫流産 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 貧血 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 血圧 / mmHg 尿蛋白 尿糖 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有			
妊婦既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病等 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>潰瘍性大腸炎</b> )				その他 ( )			
既往・死産を含む歴	年 月	出生体重 週数	性別	妊娠・分娩・産褥の異常 1 妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) 2 切迫流産 3 貧血 4 帝王切開 5 その他	妊娠中の体重増加	栄養・母乳等	
妊娠を	2016 年 4 月	2890 g 39 週	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 4	12 kg	母・ミ <input checked="" type="checkbox"/> 混	
産を	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ミ・混	
含	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ミ・混	
む	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ミ・混	
仕事・家事 普通 <b>気をつけている</b> ・無理をしている 自転車・バイク利用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 喫煙 本人 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 家族 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 20 本/日 飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時々・毎日 ( ) 便通 1 回/ 2 日 妊娠中に転居の可能性がある <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いままでにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがある <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 障がい者手帳を所持している <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				食欲 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> なし 食事回数 ( <b>3</b> ) 回/日 味付け <input checked="" type="checkbox"/> うす味 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> こい味 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特に嫌いなもの ( ) 妊娠してから食生活上特に注意している点 ( <b>〇〇を摂取するようにしている</b> ) ( <b>〇〇を控えるようにしている・・・など</b> )			
相談日	20 年 月 日 保		栄				
保健指導	1.母子健康手帳の活用 2.定期健診の勧め 3.体重のコントロール 4.疾病予防 5.母乳のすすめ 6.喫煙について		7.母子栄養食品 8.分娩費の補助について 9.両(母)親学級のすすめ 10.予防接種について 11.疾患 12.その他(社会的・経済的)		栄養指導	<input type="checkbox"/> 1.食事回数 <input type="checkbox"/> 6.体重管理 <input type="checkbox"/> 2.つわり <input type="checkbox"/> 7.疾病予防 <input type="checkbox"/> 3.味付け <input type="checkbox"/> 8.病態 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 貧 <input type="checkbox"/> 4.偏食 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 5.間食 <input type="checkbox"/> 9.その他 ( ) サイン ( ) サイン ( )	
	<input type="checkbox"/> 対応済み <input type="checkbox"/> 継続支援 <input type="checkbox"/> 未対応						
次回予定	20 年 月 日		<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接				
区分	<input type="checkbox"/> 双胎・多胎 <input type="checkbox"/> 32週以降の交付 <input type="checkbox"/> 若年妊産婦 <input type="checkbox"/> 産後の交付		<input type="checkbox"/> 外国人で意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他(社会的・経済的) <input type="checkbox"/> 母の疾患				
歯科	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 0:健全歯 本 1:処置歯 本 2:未処置歯 本 3:△処置歯 本 4:△未処置歯 本 5:▲歯 本 歯磨き <input type="checkbox"/> 回		咀嚼意識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 サイン( ) かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 定期健診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯間ブラシ・フロス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> への満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不自由 喫煙の歯周病への影響 <input type="checkbox"/> 影響あり <input type="checkbox"/> 影響なし <input type="checkbox"/> わからない 判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要精密				
	歯垢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯石 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) CAL <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 CPITN <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 不正咬合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						