

妊娠届出書と以下の記入例（赤字）を見ながら母子健康記録票を記入してください
不明な部分は空白で構いません



受診券
履歴欄

妊婦相談	妊婦健診								歯通院中	新生児	低体重児	3か月児	7か月児	経過観察健診	1歳6か月児	3歳児	心理相談	心理フォロー教室	養育	育成	小児優待	その他
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧														
	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	精	歯														

校区	
----	--

妊娠届出・転入妊婦用

※この記録票は持ち帰らないでください

記入例

母子健康記録票

該当欄にシ点をつけてください 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

来所日 (西暦)	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 (西暦)	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
母子手帳 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 女	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	最終月経開始日	2022年 〇月 〇日 妊娠
健管番号		分娩予定日 (西暦)	20 23年 5月 11日 週
ふりがな 妊産婦 氏名	やまだ はなこ 山田 はな子	医療機関 医療機関名称	〇〇レディースクリニック・〇〇病院等
生年月日 (西暦)	1988年 12月 23日 (33歳)	医療機関	<input type="checkbox"/> 結核健診 <input type="checkbox"/> 性病健診
妊産婦職業 名称・(株) 〇〇〇〇	職種・営業	里帰り予定	TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
<input type="checkbox"/> なし	・ 〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> あり・なし	住所 鹿児島県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
<input checked="" type="checkbox"/> あり	・ 〇〇市役所 等		
自宅 住所	(☎ 862-〇〇〇〇) 熊本市 〇区〇〇 〇丁目〇-〇	TEL 携帯番号	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 一軒家・アパート・マンション 団地 (階建 階)
住所	(☎) 熊本市	TEL 携帯番号	一軒家・アパート・マンション 団地 (階建 階)
住所	(☎) 熊本市	TEL 携帯番号	一軒家・アパート・マンション 団地 (階建 階)

〔分娩の経過〕
早産(37週未満)(無・有) 母体搬送(無・有) 前・早期破水(無・有) 骨盤位(無・有) 帝王切開(無・有)
輸血(無・有) 誘導分娩(無・有) 吸引分娩(無・有) 無痛分娩(無・有) その他()

〔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、ハイハイ か月、つたい歩き か月、独歩 か月、有意語 か月

〔予防接種〕
 1. BCG 2. 四種混合 (回) 3. B型肝炎 (回) 4. 麻しん風しん混合
 5. 日脳 (回) 6. ヒブ (回) 7. 肺炎球菌 (回)
 8. 水痘 (回) 9. おたふくかぜ 10. ロタ 11. その他 ()

市外転出先

この記録票は、子育て支援以外の目的で使用することはありません。個人情報保護法に基づき、個人情報は保護されます。

パートナー氏名 山田 一郎 <input checked="" type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (入籍予定あり・なし)		生年月日 1987年1月23日 生		職業・携帯番号 名称 職種 ・(株)○○会社 事務職 ・施設名 介護福祉士 ・○○町役場等 技術職等 パートナーの携帯番号 080-○○○○-○○○○		妊産婦 同居家族構成(妊産婦本人からみて) <input checked="" type="checkbox"/> 核家族 <input type="checkbox"/> 複合家族 <input checked="" type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 2人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居人数 <input type="checkbox"/> 3人 (本人を除く) その他 ()						
妊産婦家族病歴 父 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり () 母 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (糖尿病) () 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 (○○レディースクリニック・○○病院等) 悪阻(つわり) 無・有・不明 治療 無・有 切迫流産 無・有・不明 治療 無・有 貧血 無・有・不明 治療 無・有 妊娠高血圧症候群 無・有・不明 治療 無・有 尿糖 無・有・不明 治療 無・有 その他 ()								
妊産婦既往歴 <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 (甲状腺機能低下症)												
既往・死産 妊娠を含む 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 2 切迫流産 4 帝王切開			3 貧血 5 その他	妊娠中の体重増加	栄養 母乳等	
	20○○	○	2,888 g	38 週	男	無	有	3		1.4 kg	母・ミ・混	
	20○○	○	3,088 g	39 週	男	無	有	3, 4		1.0 kg	母・ミ・混	
			g	週	男女	無	有			kg	母・ミ・混	
			g	週	男女	無	有			kg	母・ミ・混	
仕事・家事 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 無理をしている 自転車・バイク利用 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 15本/日 飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 時々・毎日 () 便通 1回/1日 妊娠中に転居の可能性ある はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 今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 はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 障がい者手帳を所持している はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ						食欲 あり・普通 <input checked="" type="checkbox"/> なし 食事回数 (3) 回/日 味付け うす味 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> こい味 偏食 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 特に嫌いなもの (生魚、とり肉) 妊娠してから食生活上特に注意している点 ()						
相談日 (西暦) 20 年 月 日 保 栄												
保健指導	1.母子健康手帳の活用 7.母子栄養食品 2.定期健診の勧め 8.分娩費の補助について 3.体重のコントロール 9.両(母)親学級のすすめ 4.疾病予防 10.予防接種について 5.母乳のすすめ 11.疾患 6.喫煙について 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 ()					
	保健指導 <input type="checkbox"/> 対応済み <input type="checkbox"/> 継続支援 <input type="checkbox"/> 未対応						サイン ()					
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"/> 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"/> 若年妊産婦 <input type="checkbox"/> 産後の交付 <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			
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8								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 口への満足度 <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			