

富士見市委託外医療機関産婦健康診査補助金交付申請書

〇年 〇〇月 〇〇日

（宛先）富士見市長

申請者

産婦の氏名をご記入ください

住 所

富士見市鶴馬3351-2

氏 名

富士見 花子

電話番号

049-252-3774

富士見市委託外医療機関産婦健康診査補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

（空欄）

1 交付申請額

円

2 添付書類

- (1) 母子健康手帳の写しその他健診の実施状況を確認することができる書類
- (2) 領収証の写しその他健診名が記載された支払を証する書類
- (3) 使用していない助成券

（裏面へ続く）

3 受診内容の確認

以下の健診項目を受診したことを確認し、□にチェックをお願いします。

（参考）富士見市産婦健康診査実施要綱 別表

時期	項目	
出産後概ね 1か月	基本的な産婦健康診査	問診（生活環境・授乳状況・育児不安・精神疾患の既往歴・服薬歴等）
		一般診察（子宮復古状況・悪露・乳房の状態等）
		体重・血圧測定
		尿検査（蛋白及び糖）
	こころの健康チェック	<p>下記3つの質問票による客観的なアセスメントと問診、診察等を合わせ精神的な状況を総合的に評価</p> <p>3つの質問票 ①育児支援チェックリスト</p> <p>②エジンバラ産後うつ病質問票： EPDS</p> <p>③赤ちゃんへの気持ち質問票</p> <p>※時間等の制約上、3つの質問票全てを実施することが困難な場合は、EPDSのみでも可。</p>

私は、富士見市産婦健康診査実施要綱別表の健診項目を受診しました。

にチェックをしてください