

産婦健康診査の実施について

(健診実施機関向け資料)

- ・ この資料は、愛知県内の各市町村（名古屋市を除く）が実施する産婦健康診査費用の公費助成について、健診実施機関に行っていただく事項をまとめたものです。
- ・ 記載内容は令和元年12月現在のものであり、今後変更が生じる可能性があります。
- ・ 記載内容に関するお問い合わせは、本資料中の「県内市町村母子保健担当窓口一覧」に掲載されている各市町村の母子保健担当窓口又は下記連絡先までお願いします。

<愛知県保健医療局健康医務部健康対策課母子保健グループ>

電話 052-954-6283

Mail kenkotaisaku@pref.aichi.lg.jp

(愛知県健康福祉部児童家庭課作成 H29.12)

(改訂 H30.3)

(愛知県保健医療局健康医務部健康対策課改訂 R2.2)

1 事業趣旨

産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、出産後間もない時期の産婦に対する健診費用を助成する。また、産婦健診の結果、支援が必要と判断される産婦については、健診実施機関から各市町村の保健機関へ連絡し、必要な支援につなぐ。

2 実施内容（名古屋市を除く。）

(1) 対象者

助成実施市町村内に住所を有する産後 8 週以内の産婦
（豊橋市内に住所を有する場合は産後 3 週以内に受診）

(2) 助成回数

市町村により異なる。（1 回又は 2 回）

(3) 補助単価

1 回あたり 5,000 円（非課税）

(4) 健診項目

- ア 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）
- イ 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状況等）
- ウ 体重・血圧測定
- エ 尿検査（蛋白・糖）
- オ **エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）によるメンタルチェック**

(5) 実施方法

各市町村が発行している受診票を使用して医療機関にて受診する。（妊婦健診と同様）

(6) 請求方法

全ての健診項目を実施の上、請求書に産婦健康診査実施報告書を添えて、翌月 10 日までに愛知県国民健康保険団体連合会へ提出する。（妊婦健診と同様）

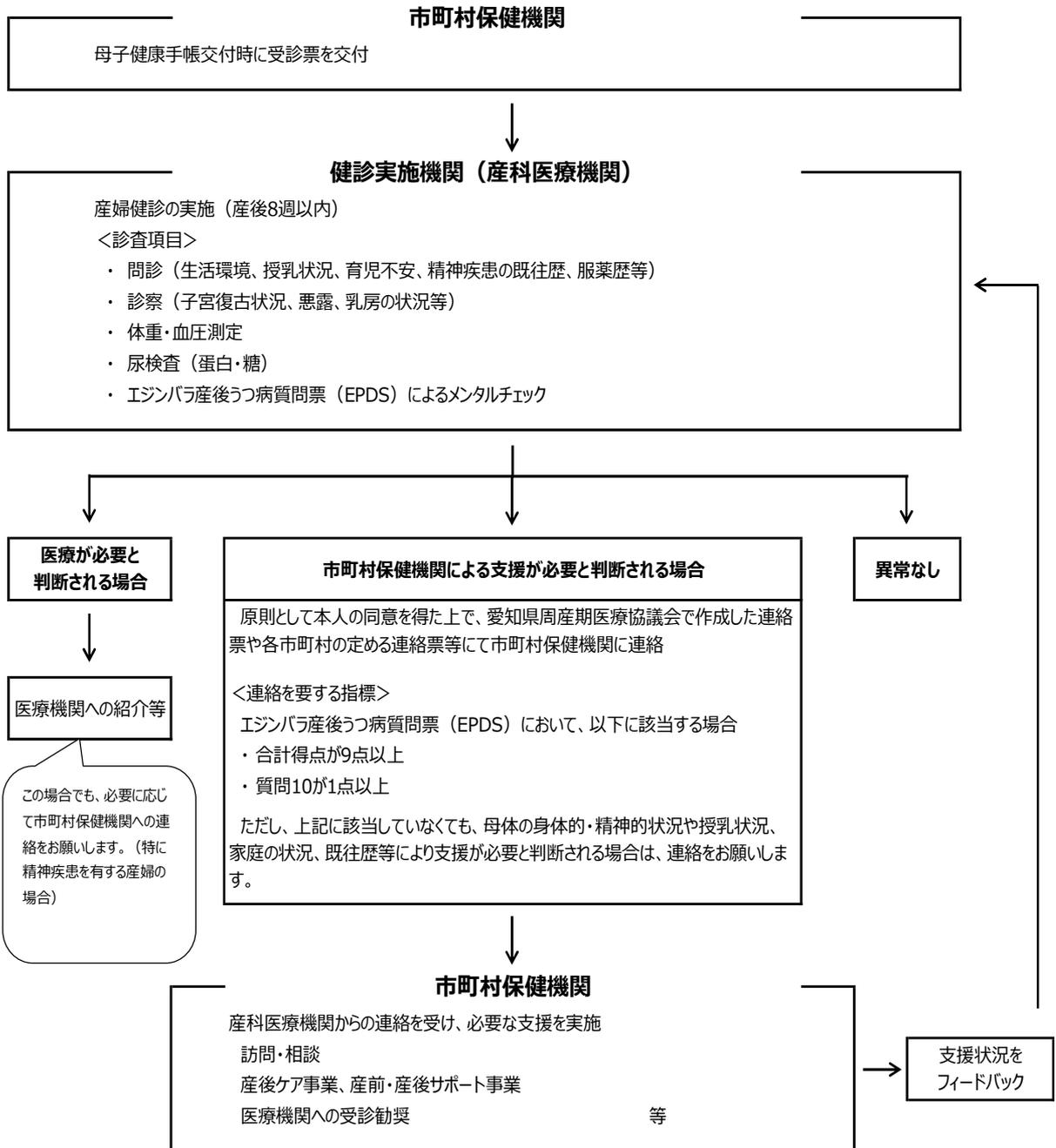
※豊橋市内の健診実施機関は、翌月 7 日までに豊橋市医師会へ提出する。

3 市町村保健機関との連携

産婦健康診査実施報告書は、愛知県国民健康保険団体連合会（豊橋市の場合は豊橋市医師会）を通じて約 2 か月後に市町村へ送付されますが、支援が必要だと思われる産婦については、市町村保健機関と迅速に情報共有し、早期に支援を開始することが重要です。

すでに多くの医療機関に御協力はいただいておりますが、産婦健診等を通じて、支援が必要な産婦について把握された場合は、原則として本人の同意を得た上で、愛知県周産期医療協議会で作成した連絡票や各市町村の定める連絡票等にて、速やかに情報提供いただきますようお願いいたします。

4 フロー図



5 エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）について

(1) 概要

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）は、産後うつ病のスクリーニングを目的として、イギリスで開発された自己記入式質問紙です。10項目4検法で構成され、所要時間は5分程度です。産婦が記入後、各質問項目の回答に0点から3点までの得点をつけて評価し、合計点は最小0点、最大30点となります。日本では、9点以上で産後うつ病の可能性が高いとされています。

なお、EPDSは、産婦の精神状況を把握する1つのきっかけであり、EPDSだけで産後うつ病を診断することはできないことに留意する必要があります。

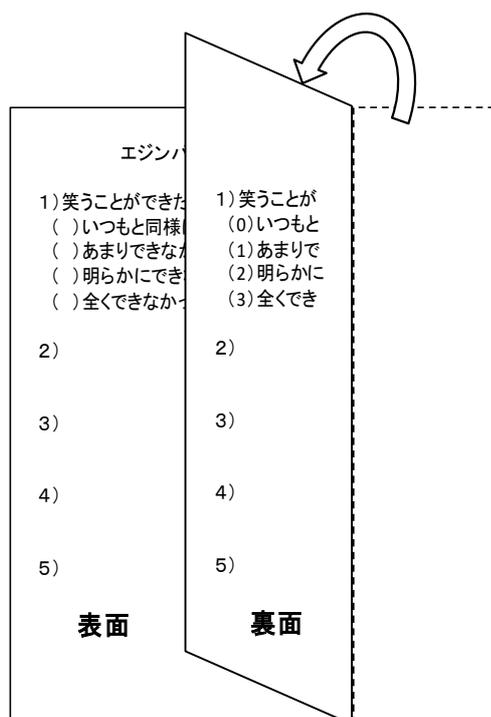
(2) 実施方法

ア 産後うつスクリーニングの目的について説明した上で、「エジンバラ産後うつ病質問票」を配布し、質問項目が読めない場合以外は、産婦自身に記入してもらいます。産婦が記入している間は、質問を受けません。

なお、名古屋市以外の市町村では、産婦に交付されている産婦健診の受診票に質問票は添付されていませんので、健診実施機関にて質問票を用意していただくことになります。

イ 合計点数を算出します。（巻末の点数入りの質問票もしくは得点对応表をあらかじめ質問票の裏面に印刷するなどして御使用ください。なお、健診実施機関において、従来からEPDSを使用した産後うつ病のスクリーニングを実施している場合、その方法を妨げるものではありません。）

<巻末の質問票使用方法（イメージ）>



質問票

表面 産婦さんに記入していただくページ
裏面 医療機関使用ページ（点数入り）

使用方法

- 1 予め両面印刷により質問票を準備する。
- 2 表面を産婦さんに記入してもらう。
- 3 集計する際、左図のように折り曲げると、回答欄に該当する点数が一度に確認できる。（左半分も同様に折り曲げると確認できる。）

ウ 合計点数が 9 点以上の場合や、点数の高い項目・心配な項目がある場合、今の状況や気持ちを理解して支援していきたいので詳しく話を聞かせてほしい旨を伝えた上で、質問票の各項目について丁寧に聞き取りを行います。（産婦の話を支持的に十分に聞くことが、産婦にとって受け止めてもらっている体験となり、支援をスムーズに導入することにつながります。また、産婦本人の心の整理にもなります。）

エ 以下に該当する場合、原則として本人の同意を得た上で、市町村保健機関に連絡をお願いします。（緊急性が高いと判断される場合は、電話連絡等の対応をお願いします。）

- ・ 合計得点が 9 点以上
- ・ 質問 10（自殺のリスクを評価する項目）が 1 点以上
- ・ 上記に該当しなくても、問診（精神疾患の既往歴等）や診察（表情言動等）等により支援が必要と判断される場合

※ メンタルヘルス上不調をきたしている妊産婦についての具体的な連携方法や対応方法について、日本周産期メンタルヘルス学会が平成 29 年 3 月に公開した「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017」に基本的な考え方が整理されています。

(3) 留意事項

- ア 調査票の質問を改変しないでください。（原著者の許可なく改変することは禁じられています。）
- イ できる限りリラックスできる場所で回答できるよう配慮してください。また、回答の取扱いは個人情報保護の観点からも厳重に管理してください。
- ウ 既にうつ病等の精神疾患に罹患し治療中である場合等、EPDS を実施できない事情も考えられますので、その場合は回答を強要しないようにしてください。（やむを得ない事情により EPDS を実施できなかった場合は、産婦健康診査結果報告書の所見欄余白に、EPDS 未実施である旨及びその理由を必ず記載してください。）
- エ 英語版については参考資料の「エジンバラ産後うつ病質問票（英語版）について」を参照してください。
- オ 産婦健診実施市町村が交付している受診票及び結果報告書について、産婦から提出された受診票及び結果報告書に EPDS 結果記載欄がない場合は、EPDS を実施した旨及び「EPDS 合計点数」「EPDS 質問 10 の点数」を、所見欄余白に必ず記載してください。
- カ 産婦本人が連絡票の送付に同意しない場合も想定されますが、市町村の保健機関からの支援が受けられることをお伝えいただき、できる限り同意を得るようにしてください。
- なお、**児童福祉法の規定（第 21 条の 10 の 5）により、医療機関が要支援児童等（特定妊婦を含む。）と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその現在地の市町村に提供するよう努めなければならない**とされています。新生児への虐待予防の観点から、**健診の結果、虐待が疑われ**

ると判断される場合等は、本人の同意を得ないで情報を提供しても個人情報保護法違反にはなりませんので、ハイリスク者と思われるケースについては、市町村保健機関に連絡してください。

キ EPDS の解釈に関して、以下の点に注意する必要があります。

| |
|--|
| <p><点数と面接の印象が乖離している場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高得点であるのに面接では問題がない場合 問題を理解してない、まじめに答えていない、気分にもらがある等が考えられる。 ・ 低得点であるのに面接で問題がある場合 産後うつ病を考慮して慎重な対応と経過観察が必要。 <p><産後うつ病以外の病態></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 統合失調症、神経症等でも高得点を示す場合がある。 ・ 20 点以上では、過食症、アルコール乱用、人格障害等を考慮。 |
|--|

(4) 各質問項目の留意事項

| 質問項目 | 留意事項 |
|--------|--|
| 質問 1～2 | うつ病の基本症状の一つである「興味・喜びの消失」があるかどうかを聞く質問です。何らかの点数がついた場合、どういことができなかったのか等を具体的に聞き取ります。 |
| 質問 3～5 | 産後うつ病でなくても、忙しいときなどに得点が高くなる場合があります。「不必要に」「理由もないのに」がキーワードです。何らかの点数がついた場合、その内容を具体的に聞き取ります。 |
| 質問 6 | うつ病になると、集中力が低下したり、物事を計画立てて効率よく行うことが困難になります。そのような状況になっていないかを聞く質問です。 |
| 質問 7 | うつ病による睡眠障害を聞く質問です。何らかの点数がついた場合、「眠りにつくまでに時間がかかるか」「眠れないことですごく疲れているか」等、家事や育児で忙しかったり子どもの夜泣きがあったりするために眠れていないのか、うつ病による不眠なのかを総合的に把握します。 |
| 質問 8～9 | うつ病の基本症状の一つである「抑うつ気分」について聞く質問です。何らかの点数がついた場合、どういう状況のときに悲しくなったりすることがどれくらい続くのかを聞き取ります。本人にもわからないけれども、一日の大半で悲しくなったり涙が出たりするのは、うつ病の母親が経験する抑うつ症状です。 |

| | |
|-------|--|
| 質問 10 | 自殺念慮、自殺企図の有無を確認する質問です。何らかの点数がついた場合、合計点数が 9 点を下回っていても、内容を具体的に聞き取る必要があります。「最近、一番そのような気持ちになったのはいつどんな状況でしたか。」「実際にどんな考えが浮かびましたか。」「その後、どう行動しましたか。」「そんなつらい気持ちになったことを、後で御主人や家族に話しましたか。」など、具体的な状況を聞き取ります。 |
|-------|--|

<本項の出典>

- ・ 立花良之「母親のメンタルヘルスサポートハンドブック 気づいて・つないで・支える多職種地域連携」医歯薬出版株式会社（2016）
- ・ 長野県精神保健福祉協議会「産後うつ病早期発見・対応マニュアル — 保健・医療従事者のために —」（平成 27 年 1 月）
- ・ 公益社団法人日本産婦人科医会「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル — 妊産婦のメンタルヘルスクア体制の構築をめざして — 改訂版」（平成 26 年 3 月）

6 参考資料

- ・ エジンバラ産後うつ病質問票
- ・ エジンバラ産後うつ病質問票（点数入り）【医療機関・助産所使用様式】
- ・ EPDS 得点对応表【医療機関・助産所使用様式】
- ・ エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）（英語版）について
- ・ 愛知県周産期医療協議会が作成した「連絡申込み票」「連絡票」「返信票」の各様式及び「連絡票」の記載例
- ・ 県内市町村母子保健担当窓口一覧

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 氏名 | | | |
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 出産日 | 年 | 月 | 日 |

エジンバラ産後うつ病質問票

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。

今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

必ず10項目に答えてください。

- | | |
|--|--|
| <p>1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった</p> <p>() いつもと同様にできた</p> <p>() あまりできなかった</p> <p>() 明らかにできなかった</p> <p>() 全くできなかった</p> | <p>6) することがたくさんあって大変だった</p> <p>() はい、たいてい対処できなかった</p> <p>() はい、いつものようにはうまく対処できなかった</p> <p>() いいえ、たいていうまく対処した</p> <p>() いいえ、普段通りに対処した</p> |
| <p>2) 物事を楽しみにして待った</p> <p>() いつもと同様にできた</p> <p>() あまりできなかった</p> <p>() 明らかにできなかった</p> <p>() 全くできなかった</p> | <p>7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった</p> <p>() はい、いつもそうだった</p> <p>() はい、時々そうだった</p> <p>() いいえ、あまり度々ではなかった</p> <p>() いいえ、全くなかった</p> |
| <p>3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた</p> <p>() はい、たいていそうだった</p> <p>() はい、時々そうだった</p> <p>() いいえ、あまり度々ではなかった</p> <p>() いいえ、全くなかった</p> | <p>8) 悲しくなったり、惨めになったりした</p> <p>() はい、たいていそうだった</p> <p>() はい、かなりしばしばそうだった</p> <p>() いいえ、あまり度々ではなかった</p> <p>() いいえ、全くそうではなかった</p> |
| <p>4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした</p> <p>() いいえ、そうではなかった</p> <p>() ほとんどそうではなかった</p> <p>() はい、時々あった</p> <p>() はい、しょっちゅうあった</p> | <p>9) 不幸せな気分だったので、泣いていた</p> <p>() はい、たいていそうだった</p> <p>() はい、かなりしばしばそうだった</p> <p>() ほんの時々あった</p> <p>() いいえ、全くそうではなかった</p> |
| <p>5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた</p> <p>() はい、しょっちゅうあった</p> <p>() はい、時々あった</p> <p>() いいえ、めったになかった</p> <p>() いいえ、全くなかった</p> | <p>10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんで来た</p> <p>() はい、かなりしばしばそうだった</p> <p>() 時々そうだった</p> <p>() めったになかった</p> <p>() 全くなかった</p> |

【この面は医療機関・助産所で使用しますので、何も書かないでください。】

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|-------|
| 1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった | 6) することがたくさんあって大変だった | 6) |
| (0) いつもと同様にできた | はい、たいてい対処できなかった | (3) |
| (1) あまりできなかった | はい、いつものようにはうまく対処できなかった | (2) |
| (2) 明らかにできなかった | いいえ、たいていうまく対処した | (1) |
| (3) 全くできなかった | いいえ、普段通りに対処した | (0) |
| 2) 物事を楽しみにして待った | 7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった | 7) |
| (0) いつもと同様にできた | はい、いつもそうだった | (3) |
| (1) あまりできなかった | はい、時々そうだった | (2) |
| (2) 明らかにできなかった | いいえ、あまり度々ではなかった | (1) |
| (3) 全くできなかった | いいえ、全くなかった | (0) |
| 3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた | 8) 悲しくなったり、惨めになったりした | 8) |
| (3) はい、たいていそうだった | はい、たいていそうだった | (3) |
| (2) はい、時々そうだった | はい、かなりしばしばそうだった | (2) |
| (1) いいえ、あまり度々ではなかった | いいえ、あまり度々ではなかった | (1) |
| (0) いいえ、全くなかった | いいえ、全くそうではなかった | (0) |
| 4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした | 9) 不幸せな気分だったので、泣いていた | 9) |
| (0) いいえ、そうではなかった | はい、たいていそうだった | (3) |
| (1) ほとんどそうではなかった | はい、かなりしばしばそうだった | (2) |
| (2) はい、時々あった | ほんの時々あった | (1) |
| (3) はい、しょっちゅうあった | いいえ、全くそうではなかった | (0) |
| 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた | 10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた | 10) |
| (3) はい、しょっちゅうあった | はい、かなりしばしばそうだった | (3) |
| (2) はい、時々あった | 時々そうだった | (2) |
| (1) いいえ、めったになかった | めったになかった | (1) |
| (0) いいえ、全くなかった | 全くなかった | (0) |

合計点数

再掲⑩

| |
|--|
| |
| |

エジンバラ産後うつ病質問票

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。

今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

必ず10項目に答えてください。

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった | 6) することがたくさんあって大変だった |
| (0) いつもと同様にできた | はい、たいてい対処できなかった (3) |
| (1) あまりできなかった | はい、いつものようにはうまく対処できなかった (2) |
| (2) 明らかにできなかった | いいえ、たいていうまく対処した (1) |
| (3) 全くできなかった | いいえ、普段通りに対処した (0) |
| 2) 物事を楽しみにして待った | 7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった |
| (0) いつもと同様にできた | はい、いつもそうだった (3) |
| (1) あまりできなかった | はい、時々そうだった (2) |
| (2) 明らかにできなかった | いいえ、あまり度々ではなかった (1) |
| (3) 全くできなかった | いいえ、全くなかった (0) |
| 3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた | 8) 悲しくなったり、惨めになったりした |
| (3) はい、たいていそうだった | はい、たいていそうだった (3) |
| (2) はい、時々そうだった | はい、かなりしばしばそうだった (2) |
| (1) いいえ、あまり度々ではなかった | いいえ、あまり度々ではなかった (1) |
| (0) いいえ、全くなかった | いいえ、全くそうではなかった (0) |
| 4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした | 9) 不幸せな気分だったので、泣いていた |
| (0) いいえ、そうではなかった | はい、たいていそうだった (3) |
| (1) ほとんどそうではなかった | はい、かなりしばしばそうだった (2) |
| (2) はい、時々あった | ほんの時々あった (1) |
| (3) はい、しょっちゅうあった | いいえ、全くそうではなかった (0) |
| 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた | 10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた |
| (3) はい、しょっちゅうあった | はい、かなりしばしばそうだった (3) |
| (2) はい、時々あった | 時々そうだった (2) |
| (1) いいえ、めったになかった | めったになかった (1) |
| (0) いいえ、全くなかった | 全くなかった (0) |

【この面は医療機関・助産所で使用しますので、何も書かないでください。】

EPDS得点对応表

| 質問 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | ⑨ | ⑩ |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 得点 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

合計点数

再掲⑩

| |
|--|
| |
| |

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS） 英語版について

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）英語版について

日本版と同様にうつ病のリスクがある方に気づくための質問票です。

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

Yes, all the time
 Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
 No, not very often Please complete the other questions in the same way.
 No, not at all

In the past 7 days:

| | |
|---|--|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things <input type="checkbox"/> As much as I always could <input type="checkbox"/> Not quite so much now <input type="checkbox"/> Definitely not so much now <input type="checkbox"/> Not at all | *6. Things have been getting on top of me <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things <input type="checkbox"/> As much as I ever did <input type="checkbox"/> Rather less than I used to <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to <input type="checkbox"/> Hardly at all | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, not at all |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, some of the time <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, never | *8. I have felt sad or miserable <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, not at all |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason <input type="checkbox"/> No, not at all <input type="checkbox"/> Hardly ever <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> Yes, very often | *9. I have been so unhappy that I have been crying <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Only occasionally <input type="checkbox"/> No, never |
| *5. I have felt scared or panicky for no very good reason <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> No, not much <input type="checkbox"/> No, not at all | *10. The thought of harming myself has occurred to me <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Hardly ever <input type="checkbox"/> Never |

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

・ 設問の1、2、4の各選択肢の配点は上から0、1、2、3点です。

・ 設問3、5～10の配点は上から3、2、1、0点です。

・ 最高点は30点です。

・ 区分点は10点です。

・ 設問10は「自殺企図」について示唆しています。1点以上は要注意です。

出典1，2について記載することにより複製して使用することが出来ます。

使用方法は日本語版と同様です。

- (1) 産婦が過去7日間どのように感じていたか選択肢の中で最も近いものを選びチェックします。
- (2) 10問すべてに回答してもらいます。
- (3) 産婦が、周囲に相談することなく自身で回答できるよう配慮します。

利用にあたって の注意事項

- 英語版の質問票を点数評価のためだけに利用することは避けてください。
- 産婦が回答した結果について、必ず、英語による面接の実施や医師、助産師等によるその後の支援ができる体制が必要です。

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____

Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____

Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|--|--|

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
 Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
 No, not very often Please complete the other questions in the same way.
 No, not at all

In the past 7 days:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| (点数) 0 1 2 3 | 1. I have been able to laugh and see the funny side of things <input type="checkbox"/> As much as I always could <input type="checkbox"/> Not quite so much now <input type="checkbox"/> Definitely not so much now <input type="checkbox"/> Not at all | (点数) 3 2 1 0 | *6. Things have been getting on top of me <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever |
| 0 1 2 3 | 2. I have looked forward with enjoyment to things <input type="checkbox"/> As much as I ever did <input type="checkbox"/> Rather less than I used to <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to <input type="checkbox"/> Hardly at all | 3 2 1 0 | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, not at all |
| 3 2 1 0 | *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, some of the time <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, never | 3 2 1 0 | *8. I have felt sad or miserable <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, not at all |
| 0 1 2 3 | 4. I have been anxious or worried for no good reason <input type="checkbox"/> No, not at all <input type="checkbox"/> Hardly ever <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> Yes, very often | 3 2 1 0 | *9. I have been so unhappy that I have been crying <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Only occasionally <input type="checkbox"/> No, never |
| 3 2 1 0 | *5. I have felt scared or panicky for no very good reason <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> No, not much <input type="checkbox"/> No, not at all | 3 2 1 0 | *10. The thought of harming myself has occurred to me <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Hardly ever <input type="checkbox"/> Never |

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

↑ 太枠内は出典について記載しています。削除せずに印刷して使用してください。

ご退院に向けて

当院では育児支援を目的に愛知県周産期医療協議会や地域の保健所・保健センターなどの保健機関と協力体制をとっております。入院中のお子さまの様子やご家族の要望など、育児支援に必要と思われる情報を保健機関に連絡することは、適切なサポートに有用です。

以下はこの連絡に関するご家族のご同意の確認と、保健機関に対するご要望をおききするためのものです。ご遠慮無くご記入下さい。お子様の健やかな成長発達を支援させて頂きたいと存じます。

なお、今回何らかの理由で連絡を希望されない場合でも、いつでも保健機関にサポートを依頼することができます。

医療機関名称：

(様式第1)

医療機関—保健機関「連絡申込み票」

主治医・看護師長殿、

退院後に十分な保健サービスを受けるため、保健機関への連絡を希望します。病院から保健機関に連絡票などを用いた連絡に同意します。 お申し込み日： ()年()月()日

患者様 氏名： _____ ()年()月()日生 (男・女)

保護者(同意者)様氏名： _____ 続柄(父・母・ _____)

現住所： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____市・郡 _____区・町・村 _____番地

(アパート名等) _____

里帰り先： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____市・郡 _____区・町・村 _____番地

(アパート名等) _____

様方

1. 連絡希望先をご記入ください。

a.住所先 b.里帰り先 c. その他 ()

2. 保健機関から受きたい保健サービスの内容を選んでください。(病院ともご相談のうえご記入ください)

a.早期に家庭訪問を受けたい b.保健師などに相談をしたい c. 福祉サービス等利用の支援を受けたい

d. 他機関や教室を紹介してほしい(施設等名等： _____)

e. その他 (_____)

3. サービスを受けたい理由や保健機関にお伝えになられたいことなどがございましたら、ご記入ください。

4. 現在のお気持ち、ご退院後の生活に向けての心配やご不安がございましたら、ご記入ください。

ご退院に向けて

当院では育児支援を目的に愛知県周産期医療協議会や地域の保健所・保健センターなどの保健機関と協力体制をとっております。入院中のお子さまの様子やご家族の要望など、育児支援に必要と思われる情報を保健機関に連絡することは、適切なサポートに有用です。

以下はこの連絡に関するご家族のご同意の確認と、保健機関に対するご要望をおききするためのものです。ご遠慮無くご記入下さい。お子様の健やかな成長発達を支援させて頂きたいと存じます。なお、今回何らかの理由で連絡を希望されない場合でも、いつでも保健機関にサポートを依頼することができます。

医療機関名称：

(様式第1)

医療機関—保健機関「連絡申込み票」

主治医・看護師長殿、

退院後に十分な保健サービスを受けるため、保健機関への連絡を希望します。病院から保健機関に連絡票などを用いた連絡に同意します。 お申し込み日： ()年()月()日

患者様 氏名： _____ ()年()月()日生 (男・女)

保護者(同意者)様氏名： _____ 続柄(父・母・)

現住所： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____市・郡 _____区・町・村 _____番地

(アパート名等) _____

里帰り先： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____市・郡 _____区・町・村 _____番地

(アパート名等) _____

様方

1. 連絡希望先をご記入ください。

- a. 住所地の保健所・保健センター 保健機関名 ()
- b. 里帰り先の保健所・保健センター 保健機関名 ()
- c. その他 ()

2. 保健機関から受けてほしい保健サービスの内容を選んでください。(病院ともご相談のうえご記入ください)

- a. 早期に家庭訪問を受けたい b. 保健師などに相談をしたい c. 福祉サービス等利用の支援を受けたい
- d. 他機関や教室を紹介してほしい(施設等名等：)
- e. その他 ()

3. サービスを受けたい理由や保健機関にお伝えにされたいことなどがございましたら、ご記入ください。

4. 現在のお気持ち、ご退院後の生活に向けての心配やご不安がございましたら、ご記入ください。

保健所御中

(患者氏名) 様について、ご家族の同意に基づいて連絡致します。今後、地域での保健サービス等について格別のご高配を賜りますようお願い申し上げます。 記入日: 年 月 日
病院名 科 主治医名 ()
連絡先住所・電話 助産師・看護師名 ()

連絡先住所:(居住地・里帰り先) 電話:()—()—()
〒□□□□-□□□□ 市・郡 区・町・村 番地
(アパート名等) 様方
保護者氏名: 続柄(父・母・)
()年()月()日生 (男・女) 在胎: 週 日、出生時体重: g
多胎:なし・あり(双胎・品胎・ 人)、第 子、きょうだいの人数 人(本人を含む)
退院日: 年 月 日、退院時体重: g

1. 退院時のお子様とお母様の様子:
1) 子の様子: □a.健康 □b.通院が必要: 疾病名・障害名 ()
□c.在宅医療が必要: 1.経管栄養、2.在宅酸素、3.在宅人工呼吸、4.その他 ()
2) 母乳開始: □a.あり □b.未 → その理由 ()
3) 母体の状態: □a.順調 □b.要フォロー → その理由 ()
退院後の通院: ①当院 (科) 年 月 日、② (科) 年 月 日
紹介先(病院、療育機関等): ()

2. 以下の理由から個別の保健サービスが必要です。
1) 親への支援が必要な理由(複数回答可)
□a.子育ての不安 □b. 母親の病気・体調不良 □c. 家族の病気・体調不良 □d. 子どもへの愛着形成
□e. 障害の受容 □f. 若年出産 □g. 高齢出産 □h. その他
その具体的内容は次の通りです:

2) 家庭への支援が必要な理由
□a.子育てに不慣れ □b. 単親家族 □c. 社会的な孤立 □d. 父親の協力・態度 □e. 特別な信念
□f. 経済的問題 □g. その他
その具体的内容は次の通りです:

3. 入院中の治療経過や後遺症、今後の治療方針・指導内容等または保健機関への要望事項等特記すべき点。

この連絡票は医療機関、保健機関のご協力により、患者様とご家族の同意に基づいて送付されています。

医療機関へのお願ひ 1 枚目(保健機関送付用)を、患者様にご記入頂いた「医療機関—保健機関 連絡申込み票」を必ず添付した上で、当該保健機関までご送付ください。なお、貴病院でご使用中の退院サマリー・母子連絡票などもあわせて添付ください。

_____病院 _____病棟・外来 _____様
 貴院よりご連絡を頂いた(子の氏名) _____様(_____年 _____月 _____日生)と、そのご家族
 に対して、現在までに以下のような保健活動を実施しましたので報告致します。
 保健機関名 _____ 保健師名 (_____)
 住所・電話番号 _____ 記入日: _____年 _____月 _____日

1. 子どもと家族の状態 (_____年 _____月 _____日)
 1)計測値:(生後 _____か月 _____日) a.体重: _____ g、b.頭囲: _____ cm、c.胸囲: _____ cm
 2)栄 養:母乳(_____)回/日、人工乳(_____)cc×(_____)回/日、哺乳力(a.良好・b.不良)

3)成長発達・発育:

4) 親や家庭の状況で気になる点:

2. 今回実施した保健活動、ならびに今後の保健活動の実施予定

- a.訪問指導(_____年 _____月 _____日) b.来所相談 c.電話相談 d.乳幼児健診受診
 e.教室への参加 f. 他機関への連絡(なし・あり) 連絡先(施設名: _____)
 g.その他活動(_____)

その具体的内容は次の通りです:

今後の継続的な訪問の予定 (なし・あり) → 次回 _____年 _____月 _____日頃(_____か月後)
 今後の継続的な教室等への参加(なし・あり) → 次回 _____年 _____月 _____日頃(_____か月後)

3. 医療機関への連絡事項および要望事項

〇〇 保健所・保健センター御中

(患者氏名) **愛知 太郎** 様について、ご家族の同意に基づいて連絡致します。今後、地域での保健サービス等について格別のご高配を賜りますようお願い申し上げます。 記入日：令和 1年 6月 1日
病院名 **■■クリニック** **産婦人**科 主治医名 (**◇◇ ◆◆**)
連絡先住所・電話 **名古屋市東区東桜1-13-2 052-1111-1111** 助産師・看護師名 (**☆☆ 〇〇**)

連絡先住所：(居住地・里帰り先) 電話：(**090**) — (**0000**) — (**0000**)
〒**460-8501** **名古屋**市・郡 **中**区・町・村 **三の丸3-1-2** 番地
(アパート名等) 様方

保護者氏名：**愛知 花子** 続柄 (父・**母**・)
令和 (**1**) 年 (**5**) 月 (**1**) 日生 (**男**・女) 在胎：**39** 週 **0** 日、出生時体重：**3,000** g
多胎：**なし**・あり (双胎・品胎・ 人)、 第 **1** 子、きょうだいの人数 **1** 人 (本人を含む)
退院日：令和 **1** 年 **5** 月 **5** 日、退院時体重：**3,100** g

1. 退院時のお子様とお母様の様子：
1) 子の様子：a.健康 b.通院が必要：疾病名・障害名 ()
c.在宅医療が必要：1.経管栄養、2.在宅酸素、3.在宅人工呼吸、4.その他 ()
2) 母乳開始：a.あり b.未 → その理由 ()
3) 母体の状態：a.順調 b.要フォロー → その理由 ()
退院後の通院：①当院 (科) 年 月 日、② (科) 年 月 日
紹介先 (病院、療育機関等)：()

2. 以下の理由から個別の保健サービスが必要です。
1) 親への支援が必要な理由 (複数回答可)
a. 子育ての不安 b. 母親の病気・体調不良 c. 家族の病気・体調不良 d. 子どもへの愛着形成
e. 障害の受容 f. 若年出産 g. 高齢出産 h. その他
その具体的内容は次の通りです：

母の年齢 32歳
EPDS 合計点数14点 設問⑩ 1点
初産婦で育児に不慣れな様子であり、産婦健診時に育児に対する強い不安を訴える。
授乳にも時間がかかっており疲労が蓄積している様子である。

2) 家庭への支援が必要な理由
a.子育てに不慣れ b.単親家族 c.社会的な孤立 d.父親の協力・態度 e.特別な信念
f.経済的問題 g.その他
その具体的内容は次の通りです：

愛知県周産期医療協議会の連絡票の場合、様式第1にて本人の同意を得るようにしてください。
その他の連絡票においても、定められている方法で本人の同意を得ていることを必ず記載してください。

3. 入院中の治療経過や後遺症、今後の治療方針・指導内容等または保健機関への要望事項等特記すべき点。

この連絡票は医療機関、保健機関のご協力により、患者様とご家族の同意に基づいて送付されています。

医療機関へのお願い 1枚目 (保健機関送付用) を、患者様にご記入頂いた「医療機関—保健機関 連絡申込み票」を必ず添付した上で、当該保健機関までご送付ください。なお、貴病院でご使用中の退院サマリー・母子連絡票などもあわせて添付ください。