

母性健康管理指導事項連絡カード

年 月 日

事業主 殿

医療機関等名

医師等氏名

下記の1の者は、健康診査及び保健指導の結果、下記2～4の措置を講ずることが必要であると認めます。

1. 氏名等

記

氏名	妊娠週数	週	分娩予定日	年	月	日
----	------	---	-------	---	---	---

2. 指導事項

症状等(該当する症状等を○で囲んでください。)

措置が必要となる症状等
つわり、妊娠 ^{おそ} 悪阻、貧血、めまい・立ちくらみ、 腹部緊満感、子宮収縮、腹痛、性器出血、 腰痛、痔、静脈瘤 ^{りゅうふしゅ} 、浮腫、手や手首の痛み、 頻尿、排尿時痛、残尿感、全身倦怠感、動悸、 頭痛、血圧の上昇 ^{たん} 、蛋白尿、妊娠糖尿病、 赤ちゃん(胎児)が週数に比べ小さい、 多胎妊娠(胎)、産後体調が悪い、 妊娠中・産後の不安・不眠・落ち着かないなど、 合併症等()

指導事項(該当する指導事項欄に○を付けてください。)

標準措置		指導事項
休業	入院加療	
	自宅療養	
勤務時間の短縮		
作業の制限	身体的負担の大きい作業(注)	
	長時間の立作業	
	同一姿勢を強制される作業	
	腰に負担のかかる作業	
	寒い場所での作業	
	長時間作業場を離れることのできない作業	
ストレス・緊張を多く感じる作業		

(注) 「身体的負担の大きい作業」のうち、特定の作業について制限の必要がある場合には、指導事項欄に○を付けた上で、具体的な作業を○で囲んでください。

標準措置に関する具体的内容、標準措置以外の必要な措置等の特記事項

3. 上記2の措置が必要な期間

(当面の予定期間に○を付けてください。)

1週間(月 日～ 月 日)	
2週間(月 日～ 月 日)	
4週間(月 日～ 月 日)	
その他(月 日～ 月 日)	

4. その他の指導事項

(措置が必要である場合は○を付けてください。)

妊娠中の通勤緩和の措置 (在宅勤務を含む。)	
妊娠中の休憩に関する措置	

指導事項を守るための措置申請書

上記のとおり、医師等の指導事項に基づく措置を申請します。

年 月 日

所属

氏名

事業主 殿