

産後ケア（ショートステイ）問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		電話番号	
氏名		緊急連絡先	《氏名： (続柄)》
生年月日	S・H 年 月 日	既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
出産歴	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (第 子)	内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
今回分娩方法	<input type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
産後の経過	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 産後うつ <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
赤ちゃんの経過	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ()		
赤ちゃんの体重	出生時 g (週 日) / 最近の体重	g (測定日: / /)	

●今回の利用目的（気になっていることや助産師に相談したいことなど）を教えてください

身体的な心配	<input type="checkbox"/> 乳房のはり <input type="checkbox"/> 尿漏れ <input type="checkbox"/> 疲れがとれない <input type="checkbox"/> 傷がかゆい <input type="checkbox"/> その他 ()
メンタル面での心配	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> その他 ()
家族やサポート	<input type="checkbox"/> 子育てのサポートがない <input type="checkbox"/> 経済的な問題 <input type="checkbox"/> 家族の問題 <input type="checkbox"/> その他 ()
赤ちゃんについて	<input type="checkbox"/> 体重増加(不良・ふえすぎ) <input type="checkbox"/> 湿疹・おむつかぶれ <input type="checkbox"/> 吐き戻し <input type="checkbox"/> ミルクの足し方 <input type="checkbox"/> 哺乳に関すること <input type="checkbox"/> 尿や便について <input type="checkbox"/> その他 ()

●赤ちゃんの普段の授乳状況・排泄状況について教えてください

母乳 回/日 おしっこ 回/日
搾乳 ml/日 うんち 回/日
ミルク ml/日

家族構成 夫・パートナー 子ども (人) 義母 義父 実母 実父

●現在の育児は誰がどのようにサポートしてくれていますか？

[]

●普段の赤ちゃんとの1日を教えてください(おおよその時間帯で構いません)

